



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología

**Factores sociodemográficos y conocimientos de salud
bucal del padre responsable del cuidado del preescolar
y su asociación con la calidad de vida relacionado a la
salud bucal del niño**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Katherine Melissa VARGAS CASTAÑEDA

ASESOR

Teresa Angélica EVARISTO CHIYONG

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Vargas K. Factores sociodemográficos y conocimientos de salud bucal del padre responsable del cuidado del preescolar y su asociación con la calidad de vida relacionado a la salud bucal del niño [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2019.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

1 - CÓDIGO ORCID DEL AUTOR:

No aplica

2 - CÓDIGO ORCID DEL ASESOR:

<https://ORCID.ORG/0000-0001-7129-5617>

3 – DNI:

47112476

4 - GRUPO DE INVESTIGACIÓN:

No aplica

5 - INSTITUCIÓN QUE FINANCIA PARCIAL O TOTALMENTE LA INVESTIGACIÓN:

No aplica

6 - UBICACIÓN GEOGRÁFICA DONDE SE DESARROLLÓ LA INVESTIGACIÓN:

Institución Educativa Inicial “ Estrellitas de Fátima” - Carabayllo

(11° 52´ 24.4” 577° 01´ 05.6” W)

7 - AÑO O RANGO DE AÑOS QUE LA INVESTIGACIÓN ABARCO:

2019



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
VICE DECANATO ACADÉMICO
UNIDAD DE ASESORÍA Y ORIENTACIÓN DEL ESTUDIANTE



ACTA

Los Docentes que suscriben, reunidos el cuatro de diciembre del 2019, por encargo de la Sra. Decana de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista de la Bachiller:

VARGAS CASTAÑEDA, Katherine Melissa

CERTIFICAN:

Que, luego de la Sustentación de la Tesis «**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CONOCIMIENTOS DE SALUD BUCAL DEL PADRE RESPONSABLE DEL CUIDADO DEL PREESCOLAR Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA SALUD BUCAL DEL NIÑO**» y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demuestra un grado de aprovechamiento: *Sobresaliente*
siendo calificado con un promedio de: *Veinte* *20*
(en letras) (en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los cuatro días del mes de diciembre del dos mil diecinueve.

PRESIDENTE DEL JURADO

Dra. Antonia Florencia Castro Rodríguez

MIEMBRO

Mg. Katia Luz Medina Calderón

MIEMBRO (ASESOR)

Dra. Teresa Angélica Evaristo Chiyong

Escala de calificación: Grado de Aprovechamiento:
Sobresaliente (18-20), Bueno (15-17), Regular (12-14), Desaprobado (11 ó menos)
Criterios: Originalidad, Exposición, Dominio del Tema, Respuestas.

JURADO DE SUSTENTACIÓN

- **Presidenta:** Dra. Antonia Florencia, Castro Rodríguez.
- **Miembro** : Mg. Katia Luz Medina Calderón.
- **Miembro Asesor:** Dra. Teresa Angélica, Evaristo Chiyong.

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias en primer lugar a Dios porque sin su protección, fortaleza y amor no hubiese
logrado llegar hasta aquí.

A mi familia, por su cariño y amor que me demostraron en todo momento, dándome el valor
de seguir adelante en luchar por mis sueños.

A mi alma máter, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por recibirme en sus aulas
durante los seis años universitarios donde recibí muchos conocimientos y tuve experiencias
gratas.

A mis maestros de la universidad, de los cursos teóricos y clínicos por su cariño,
consideración y apoyo cuando más lo necesitaba.

A mi asesora, Dra. Teresa Evaristo, por su gran apoyo, orientación y enseñanzas en el
trayecto de elaboración de este trabajo de investigación.

A mi jurado asesor, Dra. Antonia Castro y Mg. Katia Medina, por sus consejos e
incentivarme en lograr llegar a la meta de este largo camino.

A mis amigos que me dieron ánimos y me brindaron su respaldo en todo momento y con
los cuales pasé momentos gratos en mi etapa universitaria.

DEDICATORIA

A mis padres, Karyn y Miguel, ya que con su comprensión, su apoyo y fe en los momentos difíciles, pude superar circunstancias adversas durante mis estudios universitarios.

A mis abuelitos, Rosa y Magno, que son como mis padres, por demostrarme su apoyo incondicional, por otorgarme fuerzas, amor y cariño en toda mi preparación universitaria.

A mi tía Marlyth, mis primos Gianella y Marcelo, que han estado a mi lado colaborando con mis estudios clínicos y el cariño que siempre me demostraron.

RESUMEN

La calidad de vida en relación a la salud bucal (CVRSB) no solo es influenciada por las condiciones clínicas del individuo, sino también por muchos determinantes de la salud; por ello el propósito de este estudio fue evaluar la asociación de los factores sociodemográficos y conocimientos en salud bucal del padre responsable del cuidado del preescolar respecto a la calidad de vida relacionada a la salud bucal del niño que acude al colegio I.E.I Estrellitas de Fátima- Carabayllo.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional; conformado por 189 padres a cargo del cuidado de preescolares, estudiantes de un colegio estatal en el distrito de Carabayllo, los cuales respondieron tres cuestionarios empleados para la medición de las variables: Escala de Impacto de Salud Bucal en la Primera Infancia (ECOHIS), conocimientos de salud bucal y factores sociodemográficos. Se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas: U de Mann-Whitney, Coeficiente de correlación de Spearman, Tau-b Kendall; y el modelo de regresión de Poisson. Considerando un nivel de significancia del 5% ($p < 0.05$).

Resultados: El nivel de conocimientos en salud bucal del padre es bueno. El puntaje promedio del ECOHIS fue $7,52 \pm 8,25$, siendo las dimensiones más afectadas las limitaciones funcionales en el niño y el estrés parenteral en la familia. No se encontró asociaciones estadísticamente significativas de la CVRSB con los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos en salud bucal ($p > 0.05$) en el análisis bivariado; sin embargo mediante el análisis de Poisson hay asociaciones significativas de la CVRSB con la edad, sexo, estado civil, ocupación, ingreso económico y el nivel de conocimiento en salud bucal ($p < 0.05$).

Conclusiones: Los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos en salud bucal deben ser estudiados en conjunto y no de manera aislada, de esa manera causa un impacto negativo en la CVRSB.

Palabras clave: calidad de vida, salud bucal, cuidadores, preescolar. (DeCS, BIREME).

ABSTRACT

The oral health – related quality of life (OHRQoL) is not only influenced by the individual's clinical conditions, but also by many health determinants, therefore, the purpose of this study was to evaluate the association of sociodemographic factors and knowledge in oral health of the parent responsible for preschool care regarding the oral health – related quality of life of the child who attends the I.E.I Estrellitas de Fatima school- Carabayllo.

Materials and methods: Descriptive, transversal, retrospective and observational study; made up of 189 parents in charge of the care of preschool children, students of a state school in the district of Carabayllo, who answered three questionnaires used to measure the variables: Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS); knowledge in oral health and sociodemographic factors. Nonparametric statistical tests were used: Mann-Whitney U, Spearman's correlation coefficient, Tau-b Kendall; and the Poisson regression model. Considering a level of significance of 5% ($p < 0.05$).

Results: A level of knowledge in oral health was obtained from the father was good. The average ECOHIS score was 7.52 ± 8.25 , with the dimensions most affected being functional limitations in the child and parenteral stress in the family. No statistically significant associations of HRQL were found with sociodemographic factors and the level of knowledge in oral health ($p > 0.05$) in the bivariate analysis; however, according to the Poisson regression model, significant associations of OHRQoL are shown with age, sex, marital status, occupation, economic income and the level of knowledge in oral health ($p < 0.05$).

Conclusions: The sociodemographic factors and the level of knowledge in oral health should be studied together and not in isolation, thus causing a negative impact on the OHRQoL.

Keywords: quality of life, oral health, caregivers, child preschool. (DeCS, BIREME)

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	13
II. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	15
2.1 Área problema	15
2.2 Delimitación	16
2.3 Formulación del problema	17
2.4 Objetivos	17
2.4.1 Objetivo General	17
2.4.2 Objetivos Específicos	17
2.5 Justificación	17
2.6. Limitaciones	19
III. MARCO TEÓRICO	20
3.1 Antecedentes	20
3.2 Bases teóricas	31
3.2.1 Salud bucal	31
3.2.2. Conocimiento en la salud bucal:	32
3.2.3 Factores sociodemográficos	34
3.2.4 Calidad de vida en relación a la salud bucal (CVRSB):	37
3.3 Definición de términos	41
3.4 Hipótesis	41
3.5 Operacionalización de variables	42
IV. METODOLOGÍA.....	45
4.1 Tipo de Investigación	45

4.2 Población y muestra	45
4.3 Procedimientos y técnicas	46
4.4 Procesamiento de datos	51
4.5 Análisis de resultados	51
V. RESULTADOS	52
VI. DISCUSIÓN	66
VII. CONCLUSIONES	71
VIII. RECOMENDACIONES	72
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
X. ANEXOS.....	84

LISTA DE TABLAS

Tabla N. 1: Estratificación de los ingresos económicos según el modelo de Dalenius - Hodges	36
Tabla N. 2: Características sociodemográficas del padre responsable del cuidado del preescolar en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo, Lima.	53
Tabla N. 3: Nivel de conocimientos en salud bucal del padre responsable del cuidado del preescolar en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo, Lima	55
Tabla N. 4: Nivel de conocimientos por cada dimensión (caries dental, prevención, dieta, higiene oral) del padre responsable del cuidado del preescolar en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo, Lima	56
Tabla N. 5: Frecuencia de respuestas de los impactos de las condiciones de salud bucal en la calidad de vida del preescolar y su prevalencia, según la percepción de sus padres en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo, Lima	57
Tabla N. 6: Puntuación total y según cada dimensión del ECOHIS en el impacto del preescolar y su familia de la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo, Lima.....	59
Tabla N. 7: Puntuación total de ECOHIS y por dominios según factores sociodemográficos del padre responsable del cuidado en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo, Lima.....	61
Tabla N. 8: Puntuación total de ECOHIS y por dimensiones según el nivel de conocimientos de salud bucal del padre responsable del cuidado en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo, Lima.....	63

Tabla N. 9 : Correlación entre las dimensiones del conocimiento en salud bucal con las dimensiones del ECOHIS y en las áreas de impacto en el niño y familia en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabaylo, Lima64

Tabla N. 10: Asociación, según la regresión lineal de Poisson, entre el puntaje total del ECOHIS con las características sociodemográficas y el nivel de conocimientos en salud bucal del padre responsable del cuidado en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabaylo, Lima65

LISTA DE FIGURAS

Figura N. 1: Perfil sociodemográfico del padre responsable del cuidado del preescolar en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabaylo, Lima	54
Figura N. 2: Frecuencia de respuestas de los impactos de la salud bucal en la calidad de vida del preescolar por la percepción de sus padres en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabaylo, Lima	58
Figura N. 3: Puntuación promedio de las dimensiones del ECOHIS en el impacto del niño y su familia en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabaylo, Lima.....	59

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: Cuestionario factores sociodemográficos.....	84
ANEXO 2: Cuestionario del nivel de conocimientos del padre responsable del cuidado del preescolar en salud bucal.....	85
ANEXO 3: Cuestionario de la Escala de impacto de la salud bucal en la infancia temprana (ECOHIS).....	88
ANEXO 4: Consentimiento informado.....	89
ANEXO 5: Permiso a la Institución Educativa Inicial	92
ANEXO 6: Certificación del comité de ética	93
ANEXO 7: Fotografías del trabajo con los padres de familia	94

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CONOCIMIENTOS DE SALUD BUCAL DEL PADRE RESPONSABLE DEL CUIDADO DEL PREESCOLAR Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA SALUD BUCAL DEL NIÑO.

I. INTRODUCCIÓN

Mantener una adecuada salud bucal es muy importante en el desarrollo del ser humano, pues no solo implica tener bonitos dientes o una sonrisa estética, sino que la enfermedad que se instala en la cavidad oral va a provocar diversos malestares o incomodidades en el diario vivir del paciente y su entorno, esto es, en su calidad de vida.

La población infantil es la más vulnerable de presentar alguna patología bucal porque está en proceso de desarrollo, aún no toman conciencia de lo que es bueno o malo para ellos y simplemente están en la total dependencia de sus padres o algún responsable de su cuidado¹.

Anteriores investigaciones²⁻⁶ se han centrado en estudiar el impacto de diversas situaciones clínicas odontológicas en la calidad de vida del individuo en edad preescolar; caries dental, traumatismos, maloclusiones, entre otros; sin embargo, las características o el comportamiento del padre o madre, pueden repercutir en el diario vivir del niño ya que el menor está aprendiendo y asimilando del que está a cargo de su cuidado, por ende, dichos factores tendrían una asociación con la calidad de vida del menor⁷⁻¹¹.

El nivel de conocimientos en salud bucal¹²⁻¹⁶ y los factores sociodemográficos^{7,9,10} que tenga el responsable del cuidado, van a estar involucrados en el crecimiento de su menor hijo, es decir, desde pequeño se le dará la debida importancia en el cuidado de su salud bucal y de esa manera el riesgo de contraer alguna enfermedad bucal será mínima, por ende, gozará de una mejor calidad de vida, es decir, el niño podrá realizar sus actividades diarias con normalidad como el masticar, el sonreír, un buen estado emocional, ir al colegio, por lo que el responsable estará menos tensionado en la patología que se podría instalar en la cavidad bucal de su niño.

Es por ello que en esta investigación se abordarán aquellos factores que presenta el responsable del cuidado del preescolar, aquel que día a día es una fuente de transmisión de ciertas conductas y conocimientos, de esa manera, el menor adoptará correctos hábitos en su salud bucal y en el desarrollo de una adecuada calidad de vida.

II. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Área problema

En la actualidad, la salud bucal es un tema en el cual se debe seguir estudiando y tomando medidas de acción para prevenir el desarrollo de las enfermedades bucales, en especial en la población más vulnerable constituida por la edad preescolar, de 3 a 5 años, porque están en etapa de crecimiento y aprendizaje de cultivar hábitos y conductas que se fijarán en las etapas siguientes de sus vidas¹⁷.

Los preescolares, al depender totalmente de papá o mamá, ven en estos un modelo a seguir, por lo que influirá en gran manera los conocimientos, actitudes, comportamientos y la percepción que estos presenten con respecto a la importancia de la salud bucal, de esa manera el niño se formará con adecuadas conductas de salud¹⁸⁻²⁰.

Al ser la caries dental la enfermedad más recurrente en la infancia, constituye un meollo en la salud pública y ello afectará en el bienestar general del individuo⁷, es decir, repercute en el desarrollo normal de la vida diaria del individuo desde el dolor o alguna incomodidad que produce y cómo éste síntoma va a ocasionar limitaciones funcionales, por ejemplo, en la dificultad al masticar sus alimentos y/o ingerir bebidas, el no poder pronunciar correctamente algunas palabras hasta la posibilidad de inasistir a sus clases en el colegio; acarreando ciertos problemas fisiológicos, como la pérdida de apetito, la disminución de peso; psicológicos como la dificultad al dormir, irritabilidad, baja autoestima, interacción social afectada; y en el entorno familiar, ocasionará malestar o tensión en los padres ya que muchas veces van a tener que faltar a trabajar o adicionar un gasto económico al invertir en tratamientos costosos ya instalada la enfermedad^{21,22}.

La calidad de vida es una variable multifactorial porque está influenciada por muchos determinantes de la salud, no netamente clínicos y biológicos, también por aspectos sociodemográficos, culturales, familiares, ambientales, entre otros⁹.

Es por ello que el presente trabajo se enfocará en estudiar el comportamiento del entorno del niño, no solamente centrarse en la situación clínica que produce cierta enfermedad bucal, sino también conocer cómo puede ser afectada su calidad de vida según los factores sociodemográficos y los conocimientos de salud bucal que poseen sus padres; de esa manera el odontólogo tendrá un mejor abordaje en conocer las necesidades de tratamiento de sus pacientes desde edades tempranas y así evitar consecuencias lamentables en el niño y su familia, contribuyendo a la mejora de las medidas preventivas y promocionales en la salud bucal desde un enfoque psicosocial.

2.2 Delimitación

En anteriores estudios, se ha demostrado que los problemas en la salud bucal y sobre todo en la edad preescolar afectan en mayor medida a aquella población de estrato socioeconómico bajo y por ende contribuye a una peor calidad de vida en el individuo y su entorno^{7,23}, pues este sector frecuentemente tiene acceso limitado a los servicios de salud públicos y privados por no contar con los recursos financieros suficientes, no se enfatiza la cultura de salud bucal de manera eficiente, hay poco aporte de estos conocimientos en los padres y por ende sus actitudes no serán las correctas con sus menores hijos¹⁰.

Estudios reportados por la INEI en el año 2016²⁴ en el cual estratifica los distritos de Lima de acuerdo a sus ingresos, sitúa al distrito de Carabayllo dentro de los de estrato socioeconómico más bajos. Por ello en esta investigación se opta por evaluar la asociación que existe entre los factores sociodemográficos y conocimientos en salud bucal del padre a cargo del cuidado del preescolar con la calidad de vida del menor que cursa la edad de tres a cinco años en la Institución educativa inicial del sector público en el distrito de Carabayllo.

2.3 Formulación del problema

¿Existe asociación entre los factores sociodemográficos y conocimientos en salud bucal del padre a cargo del cuidado del preescolar respecto a la calidad de vida relacionado a la salud bucal del niño que acude al colegio I.E.I Estrellitas de Fátima ubicado en el distrito de Carabayllo?.

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo General

- Examinar la asociación de los factores sociodemográficos y conocimientos en salud bucal del padre responsable del cuidado del preescolar respecto a la calidad de vida relacionada a la salud bucal del niño que acude al colegio I.E.I Estrellitas de Fátima- Carabayllo.

2.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, procedencia, grado de instrucción, ocupación, tipo de seguro de salud) del padre responsable del cuidado del preescolar que acude al colegio I.E.I Estrellitas de Fátima- Carabayllo.
- Mostrar el nivel de conocimiento en salud bucal del padre responsable del cuidado del preescolar que acude al colegio I.E.I Estrellitas de Fátima –Carabayllo.
- Determinar la dimensión más afectada en el impacto del niño: Síntomas orales, limitaciones funcionales, aspectos psicológicos, autoimagen e interacción social.
- Identificar la dimensión más impactada en la familia: Estrés parenteral y función familiar.
- Describir el impacto de la salud bucal en la calidad de vida del preescolar según la percepción de sus padres.

2.5 Justificación

La salud bucal implica evaluarla desde muchos aspectos, siendo más estudiados los factores clínicos o las condiciones biológicas del individuo, es decir, la presencia de caries dental, maloclusiones, traumatismos dentales, entre otras alteraciones en la cavidad oral,

que se ha investigado y se ha concluido que repercute en la calidad de vida del menor y su familia^{3,25}. Al ser la salud bucal multifactorial, esta investigación tiene la finalidad de evaluar aquellos factores externos del preescolar que corresponden a algunas de las características del padre que es responsable de su cuidado y que podrían repercutir en la calidad de vida del menor ya que son imitadores de las acciones de sus padres^{26,27}. Los factores sociodemográficos y los conocimientos en salud bucal que posee el padre son algunas de las características que pueden tener asociación con la calidad de vida relacionada a la salud bucal del niño, pues hay escasa información, sobre todo en Perú, acerca de la influencia de estos factores propios de los padres en el diario vivir de su menor hijo y de ellos mismos, lo que probablemente contribuya a no tener una cultura de sanidad bucal establecida, siendo ellos los responsables de que sus menores hijos adopten y aprendan buenos hábitos en la edad adulta. Por lo que, no solamente se debe centrar en la condición clínica que se produce en la cavidad bucal, sino también conocer cómo afectará el área psicosocial del niño y en sus padres, comprometiendo así la salud general del niño porque debido a ese dolor o molestar que padece no tendrá una correcta masticación, pérdida de apetito y de peso; dañando su autoestima, afectará sus actividades cotidianas y por ende el desarrollo normal de ese niño que está en crecimiento estará comprometida²⁸.

Es por eso, que con esta investigación se tendrá mayor evidencia científica en el enfoque psicosocial de la salud oral y su asociación con la calidad de vida del preescolar en el componente funcional, psicológico y social, además en cómo repercute en el bienestar de su familia. Además, se podrá reforzar y/o implementar ciertas medidas de promoción y prevención para concientizar a los padres de la importancia de la salud bucal en sus hijos desde temprana edad; los profesionales involucrados y estudiantes de odontología definirán el abordaje de los tratamientos bajo la perspectiva emocional, social y funcional del paciente, tomando este un papel activo en su terapéutica^{23,29}.

Con un enfoque global de la salud oral, se contribuye a disminuir la prevalencia de caries dental a largo plazo²⁷, por ende en tratamientos invasivos, largos y costosos; siendo más

sencillo prevenir o detectar a tiempo determinada enfermedad para un mejor pronóstico y así el niño como sus padres gocen de una mejor calidad de vida.

2.6. Limitaciones

Las limitaciones que presenta este trabajo de investigación es el no haber encontrado en la literatura investigaciones que relacionen el nivel de conocimientos y la calidad de vida del preescolar en relación con su salud bucal.

La falta de registro de las condiciones clínicas bucales del preescolar para un mejor análisis de su impacto en la calidad de vida.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes

- **Aguilar DM. (2018)⁷:** Evaluó a ciertos factores que se asocian con la calidad de vida en relación a la salud oral de niños en edad preescolar estudiantes de un colegio público inicial en el distrito de Chorrillos. Es un estudio de diseño transversal, descriptivo y analítico, siendo la muestra conformada por los preescolares de 199 preescolares. Sus cuidadores completaron el cuestionario ECOHIS, además de contestar preguntas referentes a los factores sociodemográficos de sus niños (género y edad); como de ellos mismos (sexo, edad y nivel de instrucción). Para la interpretación de los resultados, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman, el test T- de Student y un tipo de análisis multivariado, se trabajó con un intervalo de confianza (IC) 95%. La media del puntaje del ECOHIS resultó 30.7. Según el análisis multivariado, se halla que los padres con nivel de instrucción superior reportan mayor calidad de vida en comparación de aquellos con un nivel de instrucción secundaria o menos. Por lo tanto, el nivel educativo se asocia con la calidad de vida relacionada a la salud bucal.
- **Peña Y. (2018)⁸:** Determinó si las características sociodemográficas y familiares impactan en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de los preescolares de instituciones públicas en el distrito de Pachacámac. El estudio fue de tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. La muestra se constituyó por 182 niños de edades de tres a cinco años. A estos se les revisó la cavidad bucal a través de una ficha dental, detectando algunas alteraciones: caries dental, traumatismo dentoalveolar y maloclusiones; mientras que a su cuidador se le sometió a responder el cuestionario ECOHIS adicionado a ciertas características sociodemográficas de los familiares. Se obtuvo como resultados que existe relación estadísticamente significativa ($p < 0,000$) entre la caries de infancia temprana y la calidad de vida de los preescolares, así mismo al relacionar los factores sociodemográficos del responsable con el ECOHIS, se encontró

una relación significativa entre vivienda propia (0,016) y edad del niño (0,047). Concluyen que las alteraciones de la salud oral y los factores sociodemográficos afecta en la calidad de vida en niños de tres a cinco años son estadísticamente significativas con respecto a la edad del niño y a la vivienda propia.

- **Quintana et al. (2017)²:** Evaluaron la relación de la salud bucal en la calidad de vida de niños entre 3 y 5 años de edad. La muestra estuvo conformada por 150 preescolares que fueron evaluados intraoralmente. Se utilizó el instrumento ECOHIS al responsable del niño lo que determinó la afección de las alteraciones bucales en el día a día del niño y su familia. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron el Test- U Mann Whitney y Kruskal Wallis, considerando una significancia de 0,05. El puntaje promedio del ECOHIS fue $11,67 \pm 10,15$. La dimensión más afectada en la sección del niño fue *limitación funcional* con un promedio de 3,09 y en la sección familiar, la dimensión estrés parenteral con un promedio de 2,59. Se determinó que la caries dental se asocia significativamente con la calidad de vida ($p < 0,05$); sin embargo, al relacionar los promedios de la puntuación total del ECOHIS con los factores sociodemográficos de los niños y de sus cuidadores, no se encontró asociación estadísticamente significativa.
- **Tello et al.(2016)³:** Evaluaron la asociación de la caries dental, traumatismo dental, desgaste dentario erosivo y variables sociodemográficas en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal (CVRSB) de preescolares. Se seleccionaron 617 niños entre los 3 y 4 años de edad que acudían a una campaña de vacunación de su municipio en el país Brasil. Los papás/ tutores respondieron al cuestionario B-ECOHIS (de versión brasilera) y registraron los datos sociodemográficos de niño(a). Se utilizó la Regresión Lineal de Poisson, siendo el intervalo de confianza del 95%, los valores de kappa para los análisis clínicos fue >0.8 . Se identificó una asociación significativa del puntaje total del B-ECOHIS con la edad del niño(a) y con la caries. Dentro de las condiciones clínicas, los traumatismos dentales y el desgaste dentario erosivo no mostraron un impacto

negativo en la CVRSB de los preescolares. Se concluye que una peor calidad de vida del preescolar estará asociada a su edad y a la presencia y severidad de caries dental.

- **Nemati et al. (2016)³⁰:** Determinaron el efecto de la salud bucodental de los preescolares en su calidad de vida y la de sus padres. Es un estudio descriptivo de corte transversal en la que participaron 304 madres de niños de preescolares en Babol, Irán. Respondieron al cuestionario ECOHIS. Los puntajes más altos para el ECOHIS indican más problemas orales y una menor calidad de vida en relación con la salud oral. Se registraron datos demográficos (edad, sexo, orden de nacimiento del niño, si el papá y mamá viven en el hogar y el grado de instrucción de los padres); datos e índices cpod de los niños. Los datos fueron analizados utilizando la prueba T para muestras independientes, ANOVA unidireccional y prueba post hoc de Scheffe.

El puntaje promedio de ECOHIS fue 6.65 ± 3.57 , y el puntaje promedio de "caries, dientes faltantes y llenos", y la puntuación media de "caries, dientes perdidos y obturados" (cpod) fue $4,39 \pm 3,68$. Se observó una alta correlación ($r = 0.725$) entre la puntuación cpod y la puntuación ECOHIS ($p < 0,001$).

Se observó la relación directamente proporcional y estadísticamente significativa entre el nivel de CVRSB con el nivel educativo de la madre ($p < 0.001$) y el nivel educativo del padre ($p < 0.05$), indicando que un aumento en la preparación educativa de los padres aumenta el nivel de CVRSB. Además se muestra una relación inversa entre el orden de nacimiento del niño y su CVRSB ($p < 0.001$); hay una relación directa y significativa entre los puntajes del ECOHIS y hogares monoparentales ($p < 0.05$); sin embargo no se observó una relación significativa entre el sexo del niño y CVRSB ($p = 0,31$).

- **Torres et al. (2015)⁴:** Determinaron la relación y su impacto de la caries de infancia temprana en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de preescolares que acuden a un hospital pediátrico en Perú. Consta de un estudio de tipo transversal y

observacional; la muestra se conforma de 95 niños menores de 71 meses en conjunto con sus mamás. Las madres contestaron al cuestionario ECOHIS dando a conocer su percepción del impacto de alguna alteración de la salud bucal en el diario vivir de su niño. Con respecto a la caries dental, los datos se recolectaron a través de una evaluación intraoral mediante dos profesionales ya calibrados ($\kappa > 0.81$), los que usaron las pautas de ICDAS II. En el análisis estadístico, se optó por la correlación de Spearman, y medidas de tendencia central. El promedio total del ECOHIS resultó 20 ± 5 , en el impacto familiar un puntaje de 7 ± 1 y en el impacto del niño 13 ± 3.5 . Las dimensiones más impactadas fueron autoimagen- interacción social, limitaciones funcionales y estrés parenteral. Respecto a los factores sociodemográficos, la edad del padre muestra una relación negativa significativa con la CVRSB ($p=0,039$) y el nivel socioeconómico bajo ($p=0,000$). Además la caries de infancia temprana impacta negativamente en la calidad de vida en relación a su salud bucal del niño y familia ($p=0.000$).

- **Apaza et al. (2015)⁹:** Evaluaron la repercusión de los factores familiares, sociodemográficos y el estado de salud bucal en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal (CVRSB) de adolescentes peruanos. El tipo de estudio es transversal y descriptivo. La muestra fue constituida por 131 adolescentes peruanos entre las edades de 11 y 14 años. Para la medición de la CVRSB, en este grupo de edad, se utilizó el instrumento Child Perceptions Questionnaire (CPQ). Se consideró la evaluación clínica intraoral de los adolescentes registrando la presencia de caries dental a través del índice de CPOD, presencia de sangrado gingival, traumatismos dentales, defectos en el esmalte dental y maloclusiones. Para el registro de los factores no clínicos, los padres respondieron a una encuesta sobre sus características sociales, demográficas y familiares. Las variables predictivas de ocasionar un impacto en la CVRSB al ser analizadas mediante el modelo de Regresión de Poisson, resultan ser de género femenino, el bajo ingreso económico familiar, grado de instrucción menor, el padre con empleo, el no vivir con ambos padres, vivir en hacinamiento y el consumo de tabaco y/o

alcohol ($p < 0.05$). Por lo que según esta investigación la calidad de vida relacionada a la salud bucal no solo está asociada con la situación clínica del adolescente, sino también por factores sociales, demográficos y familiares con los que se involucra.

- **Quispe MG (2015)²⁵:** Evaluó el impacto ocasionado por la salud bucal en la calidad de vida relacionada a la salud bucal y su relación con los factores sociodemográficos en los preescolares. Es un estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo. La muestra fue conformada por 150 niños de una institución educativa del sector público en el distrito de Santa Anita. El procedimiento consistió en evaluar la cavidad bucal del niño registrando si hay presencia de caries dental, traumatismo dental y maloclusiones; y en su cuidador aplicar el cuestionario ECOHIS y una ficha con ciertas características sociodemográficas de ambos. Las pruebas estadísticas empleadas consisten en el Test-U Mann Whitney y Kruskal Wallis, siendo el nivel de significancia 0.05. Se determinó que la caries de infancia temprana ocasiona un impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en los niños preescolares; sin embargo no se encuentra asociación con las características sociodemográficas del niño y su cuidador.

- **De Oliveira et al. (2014)³¹:** Investigaron la salud bucal y su impacto en la calidad de vida de los niños preescolares en asociación con las características sociodemográficas. 122 niños de 2 a 5 años de un jardín estatal en la ciudad de Pernambuco- Brasil, conformaron la muestra en este estudio. El instrumento ECOHIS se empleó para la evaluación del impacto, siendo las respuestas “nunca” y “casi nunca” las de mayor frecuencia tanto en la sección del “impacto en el niño” y el “impacto en la familia”. Solo en el 15% de los preescolares no se percibió ninguna alteración en su calidad de vida, en el 59% hay un impacto débil y en el 26,2% un impacto promedio. Deduciendo de esa manera que en este tipo de población no hay un fuerte impacto que influya negativamente en el diario vivir del niño y su familia. Con respecto a los factores sociodemográficos, únicamente el “tiempo de trabajo de la madre” impacta de manera desfavorable en la calidad de vida.

Por lo que, los autores de este estudio sugieren ahondar aún más en esta línea de investigación.

- **Gomes et al. (2014)⁵:** Evaluaron las condiciones de la salud bucal del preescolar y cómo impacta en la calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) de estos niños y sus familiares. Consistió en un tipo de estudio transversal conformado por 843 preescolares brasileños. Sus padres/ tutores contestaron al cuestionario ECOHIS adaptado en Brasil y a una ficha que aborda los datos sociodemográficos y sus percepciones respecto a la salud bucal de sus menores hijos. Se realizaron exámenes clínicos por tres investigadores que se habían sometido a una fase de calibración para determinar la presencia de caries dental, lesiones traumáticas dentales y maloclusión ($K = 0.83-0.85$). Para el análisis de los datos, se empleó la regresión jerárquica de Poisson para determinar la fuerza de asociaciones entre condiciones de salud oral y CVRSB ($\alpha = 5\%$). El modelo multivariante se ejecutó en tres niveles: datos sociodemográficos; percepciones de salud; y condiciones de salud bucal.

La prevalencia de algún impacto negativo en la CVRSB fue del 32.1% entre los niños y del 26.2% entre las familias; el promedio del B-ECOHIS fue 3.60 ± 6.10 . Dentro de las características del niño que se asociaron significativamente con un impacto en la CVRSB son el orden de nacimiento ($PR = 1.430$; IC 95%: 1.045-1.958), la percepción del padre/cuidador acerca de la salud bucal del infante como pobre ($PR = 1.732$; IC 95%: 1.399-2.145), lesiones cavitadas ($PR = 2.596$; IC 95%: 1.982-3.400) y lesiones traumáticas dentales ($PR = 1.413$; IC 95%: 1.161-1.718). Concluyendo que las lesiones cavitadas y lesiones traumáticas dentales ocasionan un impacto negativo en CVRSB de los niños en edad preescolar y sus familias. La percepción de los padres o cuidadores de la salud bucal de sus hijos como pobre y el orden de nacimiento del niño fueron predictores de un mayor impacto en la CVRSB.

- **López et al. (2013)⁶:** Evaluaron la alteración de la calidad de vida de preescolares ocasionados por los problemas bucales de niños estudiantes de un colegio público en el distrito de Hualmay - provincia de Huaura. Consta de un estudio tipo transversal y descriptivo. Conformado por 153 niños entre 3 a 5 años de edad, a los que se les revisó la cavidad bucal. Mientras que a sus padres se les proporcionó el cuestionario ECOHIS. Para el análisis de los resultados se aplicó las pruebas estadísticas Anova, Test U Mann Whitney y Kruskal Wallis con un nivel de significancia $<.05$.

El promedio del puntaje total del ECOHIS resultó 15.50 ± 10.24 ; en la sección impacto en el niño, la dimensión limitación funcional fue la más afectada con un promedio de 4,75; y en el impacto familiar la dimensión estrés parenteral. Con respecto a las correlaciones, la caries de infancia temprana muestra asociación significativa con la CVRSB ($p < 0,05$); sin embargo, las características sociodemográficas de los niños y sus papás no presentan asociación con los puntajes del ECOHIS.

- **Simpson de Paula et al. (2013)¹⁰:** Investigaron la influencia de varios aspectos en las dimensiones de la calidad de vida de los niños mayores de 12 años y sus padres, como por ejemplo, la situación de la salud oral, factores socioeconómicos y su entorno familiar. Se realizó un estudio de tipo transversal constituido por 286 escolares brasileños, siendo estos evaluados intraoralmente y ellos mismos completaron el cuestionario CPQ₍₁₁₋₁₄₎ y otro sobre sus características y del hogar. Además, se consideró la participación de sus padres para que respondan acerca del nivel socioeconómico familiar. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado y el análisis de regresión de Poisson. Las variables sexo, ingresos familiares mensuales, educación de las madres mostraron una relación significativa con todos los dominios del CPQ₍₁₁₋₁₄₎. La composición familiar y la presencia de sangrado impactaron en las puntuaciones de los dominios de salud emocional ($p = 0.0135$) y social ($p = 0.0010$).

Se concluye que los factores clínicos y socioambientales tuvieron diferentes impactos en los dominios de la calidad de vida relacionada a la salud oral, lo que demuestra la

necesidad de considerar estas condiciones en las estrategias de planificación para la salud oral de los niños de esa escuela.

- **Pani et al. (2012)**³²: Utilizaron la versión árabe del instrumento ECOHIS en un estudio piloto con el fin de evaluar las diferencias en la percepción del padre y de la madre con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) de sus hijos menores de 71 meses de edad y evaluar su idoneidad como asesores de poder.

Se utilizó una versión traducida del ECOHIS la cual fue administrada a los padres (padres y madres) de 97 niños de edades comprendidas entre 2 y 6 años. Además se realizó un examen clínico en el niño mediante el cpod.

La correlación de las puntuaciones del ECOHIS con el cpod fue comparado usando un modelo de regresión lineal. Se comparó la fiabilidad de las respuestas de los padres usando el alfa de Cronbach y el coeficiente de correlación intraclass (ICC). El puntaje promedio del ECOHIS fue $5,5 \pm 9.4$. Se compararon las puntuaciones medias del ECOHIS según el género de los padres utilizando la Prueba t emparejada, se encontró que los padres obtuvieron mayor puntaje que las madres en el ECOHIS total, tanto en la sección de Impacto Infantil y el Impacto Familia; sin embargo, la prueba T- pareada mostró que estas diferencias no eran estadísticamente significativas.

Las respuestas del ECOHIS y su relación con el cpod del niño parece sugerir que los padres tienen significativamente conocimiento menos preciso de la CVRSB de sus hijos ($p = 0,897$) que las madres ($p = 0,021$). Por lo que la preocupación mostrada por los padres sauditas no se correlaciona con el estado oral de su hijo lo que no pueden no ser aptos como representantes para evaluar la CVRSB de sus hijos.

- **Alsumait et al. (2016)**¹²: Midieron el conocimiento, la actitud y las prácticas (CAP) de los maestros de primaria en salud oral (SO) para evaluar la relación entre estas medidas y la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSB). Se contó con un total de 1013

maestros de escuela de todas las regiones de Kuwait, los que fueron seleccionados al azar en este estudio transversal. Se utilizó un cuestionario sobre demografía, conocimiento, actitud, prácticas y la CVRSB. Las frecuencias y las medias (DS) se utilizaron para la descripción de los datos. Las correlaciones entre CAP y CVRSB se evaluaron utilizando el coeficiente de correlación de Pearson. Las asociaciones entre el conocimiento específico de la práctica y su práctica correspondiente, así como el conocimiento y las prácticas y la CVRSB se determinaron mediante la prueba de chi cuadrado. Como resultados se obtuvo que aproximadamente el 71% de los participantes eran mujeres, el 57% tenía entre 30 y 50 años, y el 75% tenía estudios universitarios. La puntuación de conocimiento promedio (IC del 95%) fue del 60,2% (57,2-62,0), con un rango de 15,4% a 93%. Los indicadores más conocidos de la salud oral fueron la importancia de cepillarse dos veces al día con pasta dental fluorada, el efecto cariogénico de los alimentos y bocadillos pegajosos y azucarados, así como el daño que los refrescos pueden causar a los dientes. Los indicadores menos conocidos fueron la frecuencia de reemplazo del cepillo de dientes, la supervisión de los padres del cepillado de los niños y el beneficio del uso regular del hilo dental. Se encontraron correlaciones débiles pero significativas entre los componentes del CAP y la CVRSB ($p < 0.05$). Todos los conocimientos específicos de la salud oral de la práctica se asociaron significativamente con su práctica, excepto el cepillado y el uso de hilo dental ($p > 0.05$). La autoestima fue la dimensión de la CVRSB mayormente afectada por prácticas impropias de la salud oral. Concluyendo que los conocimientos de la salud oral por sí solo no son suficientes para cambiar las prácticas inadecuadas de la salud oral, por lo que desarrollar intervenciones de comportamiento basadas en los resultados de la CVRSB puede ser beneficioso.

- **Born et al. (2016)¹¹:** Examinaron la calidad de vida de preescolares en relación a su salud bucal (CVRSB) entre una cohorte comunitaria de personas que hablan inglés y español en Carolina del Norte – EEUU; y a la vez asociar algunos factores de los padres, el idioma que hablan y sus conocimientos en salud bucal. Se usaron datos de entrevistas

estructuradas con 1111 padres de niños de 6 años 23 meses inscritos en el estudio de caries infantil cero en el lapso del 2010-2012. La CVRSB se midió utilizando la puntuación total del ECOHIS. Los análisis incluyeron métodos descriptivos, bivariantes y multivariantes basados en una regresión binomial negativa sin inflado. Para determinar las diferencias entre los angloparlantes y los hispanohablantes, las estimaciones de los modelos estratificados por idioma fueron contrastadas mediante pruebas de homogeneidad χ^2 Test.

La puntuación media general de ECOHIS fue baja de 3,9 [intervalo de confianza (IC) del 95% = 3.6-4.2]; 4.7 entre los angloparlantes y 1.5 entre los hispanohablantes. En el análisis multifactorial, el nivel educativo de los padres se asocia de manera positiva con la calidad de vida y el auto-reporte de su salud general. Contrariamente, el conocimiento de salud oral no surgió como un predictor significativo de los puntajes del ECOHIS en este estudio. Concluyendo que la severidad general de los impactos del ECOHIS fue menor para este caso.

- **Cayo et al. (2018)³³:** Determinaron la asociación entre la caries dental con el nivel de conocimientos en salud bucal de padres de niños con 36 a 71 meses de edad. El estudio consistió en un tipo descriptivo, observacional, correlacional y transversal. La muestra consistió en 123 niños de un colegio en el distrito de Lurigancho – Lima. Se utilizó un cuestionario validado para medir los conocimientos en salud bucal, el cual fue dirigido a padre/madre con un cuestionario validado dirigido a los padres, y se incluyó la evaluación clínica a los niños mediante el índice de ceo-d. Los resultados se analizaron con la prueba estadística del Coeficiente de Correlación de Spearman. Se obtuvo un nivel moderado de severidad de caries dental, siendo ésta asociada con el nivel de conocimientos que presentan sus padres resultando ser regular.

- **Peña FB. (2017)³⁴:** Determinó la experiencia de caries dental, el nivel de conocimientos y las prácticas en salud bucal de las madres de niños menores de 36 meses en el distrito de El Carmen de la frontera – Piura, siendo el propósito de que la salud bucal y la calidad de vida sean aún más favorables. Al hacer los análisis estadísticos, se obtuvo que la mayoría no presentan conocimientos suficientes; sin embargo sí tienen buenas prácticas en salud oral, sugiriendo que su calidad de vida como la de sus menores hijos puede resultar afectada.

- **Cupé et al. (2015)¹³:** Validaron un instrumento con el objetivo de realizar mediciones de los conocimientos sobre salud bucal en los padres de niños. En ese caso se trabajó con la población de algunas instituciones educativas de nivel inicial en zonas urbano marginales en Lima. El diseño metodológico es prospectivo, observacional, transversal y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 312 madres y/o padres de 3 a 5 años de cinco instituciones educativas de inicial del sector público que corresponden a los distritos de Cercado de Lima, Puente Piedra y Villa María del Triunfo. El instrumento consistió en un cuestionario La principal técnica de recolección de datos fue la encuesta, mediante un cuestionario conformado por cuatro dimensiones referentes a la caries dental, prevención, dieta e higiene bucal. Para su validación, se utilizaron diversas pruebas estadísticas, la prueba estadística de V de Aiken, el Coeficiente de Correlación Intraclass, el análisis factorial y el Alfa de Cronbach. Siendo el resultado de estos aceptables, seguros y confiables para ser empleados en aquella población de padres de infantes. Al aplicar este cuestionario, se obtuvo un nivel de conocimientos de salud bucal bueno (50.3%), seguido de regular (25.7%), muy bueno (18.5%) y deficiente (5.5%) mostrando significancia con el nivel de instrucción del padre y/o madre ($p= 0.000$).

3.2 Bases teóricas

3.2.1 Salud bucal

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud bucal como “la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y ciertos trastornos que limitarán la ejecución de sus actividades habituales con normalidad, ya sea, la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, lo que afectará en el bienestar psicosocial de la persona afectada”³⁵.

El grupo etario más afectado en presentar alguna alteración en su salud bucal, son aquellos que viven en situación de pobreza. En el Perú, el nivel de pobreza reportado últimamente para el cierre del año 2017 fue de 21,7% por Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), siendo los infantes y adolescentes los más afectados; en el 2017, el 32,7% de infantes registraron niveles de pobreza, siendo estos mayores que los reportados en el año 2016^{36,37}. Los bajos ingresos económicos, por lo tanto, constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades bucales porque existen escasas posibilidades de acceder a los servicios dentales por los costos elevados, siendo estos lugares principales centros de información en la educación de la salud bucal, por lo tanto, el acceso limitado va a repercutir de todas maneras en el desenvolvimiento normal de la persona, por ello es preocupante velar por aquellos que tienen falta de estos servicios básicos de salud para lograr de esa manera un bienestar equitativo para las personas de cualquier condición³⁸.

Hay que tener en cuenta que la salud bucal se halla afectada especialmente en los pacientes niños que aún están en total dependencia de sus padres o tutores, si es que estos no están educados ni concientizados, no tendrán cultura de prevención ni conocerán de los recursos a su alcance para tratar las enfermedades bucales, por ende, no tendrán la actitud para enfrentarlas³⁹. Los factores de riesgo asociados a la caries de infancia temprana, están presentes en los padres generalmente, porque estos pueden

ser transmisores de hábitos inapropiados para el cuidado de la salud bucal influyendo en el desarrollo de sus niños menores⁴⁰, ya sea afectando el aprendizaje en el colegio y/o la dificultad de ejecutar alguna actividad⁴¹.

Según Apaza *et al.*⁹, las evaluaciones clínicas de la enfermedad no brindan suficiente información referente al impacto que generan las alteraciones bucales sobre su desenvolvimiento en el día a día y la calidad de vida, es por ello que se sugiere analizar la salud bucal de manera multifactorial para abordar de mejor manera las medidas de promoción y prevención de la salud bucal⁴².

Siendo últimamente enfocada la salud bucal desde la perspectiva psicosocial y tomando mayor interés en la percepción del paciente sobre su situación de salud^{43,44}, se han realizado investigaciones en las cuales se estudian los efectos de una enfermedad bucal en la calidad de vida del individuo, por lo que tener una deteriorada salud bucal afectará la calidad de vida⁴⁵.

Es conocido que los factores biológicos participan en la aparición de las enfermedades orales, pero estas tienen un comportamiento determinado en gran medida por las conductas y actitudes individuales hacia el auto cuidado de la salud, además de ser reguladas por patrones culturales y de tradición popular^{27,46}.

Por ello, el analizar la salud bucal en el menor de edad clínicamente no es suficiente, sino se debe tomar en cuenta ciertas condiciones o características del padre responsable del cuidado del menor que influenciará en el desarrollo del infante, pues ya se ha comprobado su relación con el estado de la salud bucal, los factores sociodemográficos^{7,9} y el nivel de conocimientos¹²⁻¹⁶ con respecto a la salud bucal.

3.2.2. Conocimiento en la salud bucal:

Es importante el rol que cumplen los padres o tutores del menor de edad para su desarrollo, sobre todo, para mantener un adecuado cuidado de la salud bucal, pues los

padres son los transmisores y educadores para el desarrollo del menor en adquirir los correctos hábitos en el mantenimiento de la salud bucal¹³.

Tener en cuenta los indicadores clínicos bucales del individuo no es suficiente cuando se quiere abordar de manera apropiada, sino también es necesario conocer adecuada información educativa de prevención y prácticas de higiene bucal en ellos mismos y su entorno, de esa manera tendrán una actitud correcta¹⁴.

Para que la salud del niño se conduzca de manera apropiada, los padres, cuidadores y sus profesores deben ser educados y adoctrinados con la información correcta para concientizar desde edades tempranas a sus hijos en adquirir buenos hábitos que permitan un apropiado desarrollo de su salud bucal para toda su vida^{27,47,48}.

La adquisición de información y desarrollo de habilidades es parte de la educación en salud, para inducir a adecuadas prácticas y actitudes del individuo, beneficiando de esa manera a la salud de manera general⁴⁹.

Estudios anteriores^{13,15} destacan la importancia de la educación para la salud bucal de preescolares, como una base para adquirir actitudes y hábitos saludables de toda la familia. Capacitar a sus padres y maestros, con quienes pasa la mayor cantidad de horas en el transcurso del día, es una acción necesaria para una mayor eficiencia y eficacia de las medidas en la salud bucal⁵⁰.

Con un buen nivel de conocimientos en salud bucal, por ende, habrá menor riesgo de padecer alteraciones en la cavidad bucal y por lo tanto el infante gozará de una mejor calidad de vida³⁴.

Actualmente las personas están constantemente instigadas por todo tipo de información; cada individuo reacciona frente a ella según su propia percepción, teniendo la capacidad de adoptar aquello que sea de su provecho o interés.

El desarrollo del conocimiento, por lo tanto, empieza con cierto estímulo que será interpretado por la persona según sus experiencias, creencias, lo aprendido

anteriormente, valores, etc; ello generará un mensaje que va a conllevar a tener una determinada conducta^{51,52}.

Instrumento para medir el conocimiento en salud bucal:

La educación en salud bucal debe comenzar de acuerdo a las opiniones, creencias que tienen cada persona, porque ello guiará su actuación frente una enfermedad o tomando medidas preventivas⁴⁶.

En los últimos años se han logrado diversos instrumentos para medir del nivel de conocimientos en salud bucal que han sido diseñados para estudios epidemiológicos o con motivo de diseñar estrategias educativas en los diferentes grupos de la población con el propósito de modificar o afianzar conductas saludables. Estos son dirigidos a diferentes grupos poblacionales: gestantes, madres/padres/responsables del cuidado de preescolares, niños en edad escolar, adolescentes, universitarios y profesionales⁵³.

Debido a la importancia de los conocimientos del responsable del menor que está aún en dependencia de los hábitos que le inculcan para el mantenimiento de su salud bucal, en esta investigación en la cual se centrará en la población preescolar, se utilizará el instrumento ya validado con el mismo tipo de población, realizado por Cupé *et al.*¹³ en el año 2012 en Lima, dirigido ya sea a la madre o padre de niños de zonas urbano marginales en los distritos de Cercado de Lima, Puente Piedra y Villa María del Triunfo. La validez del cuestionario constó de cuatro formas, validez del contenido mediante la prueba del Coeficiente de Validez (V Aiken) con un resultado de 0.95, la fiabilidad se determinó con el Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI) con el resultado de 0.89, la validez de constructo con la prueba de análisis factorial y la confiabilidad con el Alfa de Cronbach con un valor de 0.64. Lo cual concluye que el instrumento es válido y confiable.

3.2.3 Factores sociodemográficos

Definido como aquellas características sociales y demográficas de una población en una sociedad⁸, pues tienen un rol importante en la salud oral⁹.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), menciona los principales indicadores que miden el perfil sociodemográfico de la población, según los últimos Censos Nacional de Población y Vivienda tanto del 2007⁵⁴ y del 2017⁵⁵.

Dentro de las características sociales se tiene el nivel de educación, asistencia escolar y analfabetismo, el acceso de la población al seguro de salud, discapacidad, etnia y religión; mientras que en las características demográficas: edad, estado civil o conyugal, fecundidad, mortalidad, migración interna e internacional. Además se incluye dentro del informe características físicas de la vivienda y familiares.

Solo algunos de los indicadores mencionados anteriormente se han estudiado con relación a la salud bucal en diferentes investigaciones, tales como, edad, género, estado civil, nivel educativo, ocupación del jefe de familia, acceso al seguro de salud y ciertos factores familiares^{8,9,11,56}, los cuales se determinan factores de riesgo que van a influir en el bienestar y por ende en el desarrollo de su salud bucal y general⁵⁶⁻⁵⁸.

Estrato socioeconómico en Lima Metropolitana

Vivir en condiciones de pobreza es uno de los factores de riesgo de la caries dental en la primera infancia²⁷. Por lo tanto, entender la epidemiología de la enfermedad oral y sus patrones socioeconómicos, son decisivos para su intervención y limitar la progresión de las enfermedades orales⁵⁹, por lo que el ingreso familiar tiene una relación significativa con la calidad de vida relacionada a la salud bucal⁶⁰.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) establece al estrato socioeconómico como el principal indicador de estado de pobreza de una región geográfica. Siendo “estrato” el lugar de residencia clasificado así por la INEI en los 49 distritos de Lima y Callao según el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas^{61,62}.

El INEI, presentó un documento el año 2016 con la distribución de los distritos en el área urbana de Lima Metropolitana según los ingresos mensuales aproximados de cada hogar, de esa manera se determinaron las zonas con mayor o menor nivel de ingreso económico. Según ello, se ha hecho una clasificación de estos niveles en cinco estratos:

Alto, Medio Alto, Medio, Medio Bajo y Bajo; se utilizaron procedimientos estadísticos incluyendo la información de una encuestas y censos de empadronamiento realizados, además de otras fuentes, pues estos ayudaron a medir de manera precisa los ingresos per cápita de los hogares²⁴.

Estratificación del ingreso

La INEI emplea el método hecho por Dalenius-Hodges (1959) para establecer los cinco estratos de ingresos económicos en las familias, siendo éstos los más homogéneos posibles²⁴.(Tabla1).

TABLA 1: Estratificación de los ingresos económicos según el método de Dalenius - Hodges.

ESTRATO	RANGO DE INGRESOS PER CÁPITA (soles)		
ALTO	2 192,20	a	más
MEDIO ALTO	1 330,10	-	2 192,19
MEDIO	899,00	-	1 330,09
MEDIO BAJO	575,70	-	898,99
BAJO	Hasta		575,69

Fuente: INEI

Factores sociodemográficos y la calidad de vida relacionada a la salud bucal

Estudios anteriores afirman que la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) y las condiciones clínicas también están mediadas por características sociodemográficas^{9,63}, socioeconómicas^{10,60,63}, y ambientales^{10,64,65}.

La calidad de vida relacionada a la salud bucal al ser una variable multifactorial en la que abarca diversas dimensiones del individuo, siendo factores que pueden tener una fuerte influencia o estar relacionados con múltiples contextos y en características socioambientales, como cultura, economía, política, educación y la familia⁶⁶.

3.2.4 Calidad de vida en relación a la salud bucal (CVRSB):

En los últimos tiempos, la salud bucal requiere también que las condiciones psicosociales sean incluídas, comprendida por la calidad de vida, que está estrechamente vinculada con las relaciones humanas en la sociedad⁶⁷. La definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), consiste en la “percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto social y de los sistemas de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones”⁶⁸.

Esta definición comprende un amplio concepto, pues refleja que el individuo se siente satisfecho con su salud oral al interaccionar esta con diversos factores sociales, ambientales e inclusive con la salud general^{69,70}.

El término calidad de vida está tomando mayor interés últimamente, ya que las medidas de promoción y prevención de la salud ya no solo se preocupan en prevenir la enfermedad, sino también en una mejora en el bienestar de la persona⁶⁷.

La salud bucodental es un factor determinante en la calidad de vida, no solo basta con tener buenos dientes, sino que es parte importante de la salud general y el bienestar de la persona⁷¹.

Las patologías orales muchas veces van a limitar realizar diversas labores del día a día, ocasionando horas perdidas en la institución donde estudia e inclusive tener que faltar a su trabajo para ir a atenderse con un profesional o por la sintomatología que le produzca, por lo que van a ocasionar un impacto en el área psicosocial de la persona que las padece, y esto irá afectando su calidad de vida, ya sea en sus emociones, autoestima, socialización, puesto que, la caries dental al ser la enfermedad más prevalente en la infancia y con mayor repercusión en las diferentes áreas de la persona, va a desencadenar que su entorno familiar se preocupe en el desenvolvimiento de su menor hijo^{67,71}. De tal manera que impactará negativamente en el día a día del niño preescolar, repercutiendo en su salud general como en el crecimiento, alimentación, peso; en su aprendizaje, y de manera indirecta afectará en la calidad de vida de sus familiares⁷².

Por lo tanto, la definición de la calidad de vida relacionada a la salud bucal es definida como el impacto de las condiciones salud-enfermedad bucal tendrán en el desenvolvimiento del día a día, en su confort o bienestar y también en la salud general del individuo⁷⁶.

Al ser la calidad de vida una variable subjetiva ya que toma en cuenta la percepción del paciente, no puede ser medido fácilmente porque además depende de muchos factores que no pueden ser visualizados de manera directa, por el cual existen instrumentos de medición que incluyen ciertas dimensiones que valoran la opinión personal del paciente de su salud oral, lo cual es importante para el estudio del comportamiento de su calidad de vida⁷³.

- **Instrumentos utilizados en la medición de la calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) en los infantes:**

La evaluación de la calidad de vida en relación a la salud bucal llama la atención estudiarla en los últimos años, por lo que para su subjetividad debe ser medida a través de herramientas objetivas y de esa manera identificar cómo afecta las alteraciones en la salud bucal dentro las condiciones físicas, la salud mental, la socialización y la sensación de bienestar del individuo⁷⁵. Estos instrumentos se van a orientar en los acontecimientos ocurridos en su estado salud-enfermedad ya sea que hayan sido o no tratadas, de esa manera también evalúa la eficiencia del tratamiento odontológico recibido^{74,76}.

Los instrumentos utilizados para medir la CVRSB en la población menor a 5 años, han sido elaborados en forma de cuestionarios dirigidos a sus padres o cuidadores⁷⁷, en los que se integran con ciertas interrogantes que van a sugerir medir determinadas dimensiones en la calidad de vida, a través de respuestas del tipo de escalas numéricas, concerniente a cuál es su percepción en los dominios de síntomas orales, limitaciones funcionales, bienestar emocional y social, actividades diarias, condiciones psicológicas, entre otros, que son afectados por las condiciones de salud en sus menores hijos⁷⁸.

Es dificultoso poder medir el nivel de esta variable en los infantes de manera habitual, por las características del niño a esta edad, referente al poco desenvolvimiento en sus conversaciones, la incapacidad de establecer alguna sintomatología o de identificar aquellas funciones básicas que están siendo limitadas, aún no logran manifestar su bienestar emocional o su socialización porque está en desarrollo y emocional, y aún no saben discernir lo que es de provecho o no para ellos⁷⁹. Por estas razones en sus capacidades cognitivas y emocionales que aún no están consolidadas, van a ser los adultos a su cargo, ya sean los padres, cuidadores, profesores, quienes van a descifrar las afecciones en estos niños⁸⁰. Sin embargo, estas condiciones irán mejorando a medida que el infante va creciendo logrando establecer mejor sus opiniones, emociones⁸¹ e inclusive, la perspectiva de su salud⁸², pero todavía con la ayuda de sus mayores⁸³.

Algunos de estos instrumentos son “Oral Health Impact Profile” (OHIP), “Oral Impact on Daily Performance” (OIDP), “Child Perceptions Questionnaire” (CPQ₁₁₋₁₄), “Early Childhood Oral Health Impact Scale” (ECOHIS) y “Child Oral Health Quality of Life” (COHQoL)^{67,84}.

De los instrumentos citados, únicamente la Escala de Impacto de la Salud Bucal en la Primera Infancia, siendo sus siglas en inglés ECOHIS y el Child Oral Impacts nonily Performances Index (Child- OIPD), fueron acogidos en diversos lugares y validados en español como en muchos otros idiomas⁸³.

Debido a que en este trabajo se enfocará en niños preescolares, se utilizará el cuestionario Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) que traducido al español significa Escala de Impacto de Salud Bucal en la Infancia Temprana, se hará una revisión de este instrumento a continuación.

- **The Early Childhood Oral Health Impact Scale, (ECOHIS):**

En el año 2007, Pahel et al.⁸⁴ en la Universidad de Carolina del Norte, elaboraron un instrumento llamado Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) dirigida a sus papás y/o cuidadores de niños preescolares⁴. Siendo estudiado y validado en diferentes partes del mundo como en Estados Unidos⁸⁴, Canadá⁸⁵, China⁸⁶, Irán⁸⁷, Brasil^{88,89} y Latinoamérica⁹⁰.

Este instrumento se elaboró guiándose de las treinta y seis preguntas del cuestionario Child Oral Health Quality of Life Questionnaire (COHQoL), de las cuales se escogieron a solo trece⁸⁷, siendo las que más destacaron para determinar los impactos del estado de salud-enfermedad en la calidad de vida de los preescolares. A su vez, son nueve ítems los que evalúan netamente los impactos en el niño y cuatro ítems en el impacto familiar^{84,91}.

Este cuestionario evalúa la percepción de los padres sobre sus hijos en su CVRSB, contiene trece preguntas; nueve de estos son áreas incluidas en la sección impacto en el niño: Síntomas - 01 pregunta; limitaciones funcionales - 04 preguntas; psicológica - 02 preguntas; autoimagen y la interacción social - 02 temas; y las cuatro últimas preguntas relacionadas con las áreas incluidas en la sección de impacto familiar: el estrés parenteral y función familiar con 02 preguntas cada una. Las que fueron respondidas con ciertos criterios de codificación tipo Likert desde 0 = nunca; 1 = casi nunca; 2 = a veces; 3 = a menudo; 4 = muy a menudo; 5 = No lo saben⁸⁴.

Los puntajes el ECOHIS, total y por dominio, se calculan a partir de la suma de los códigos de las respuestas. Las respuestas "no sabe" fueron contadas, pero excluidas de la suma para calcular la puntuación total y dominios del ECOHIS de cada paciente. Cuestionarios con más de 2 preguntas y más de 1 una pregunta no contestadas en la sección del niño y familia, respectivamente, fueron excluidas^{5,84}.

- **Adaptación del ECOHIS al idioma español de Perú:**

López RP *et al.*⁹², en el año 2013, realizaron un estudio para validar y acondicionar el instrumento original del ECOHIS en el idioma español, tomando en cuenta una muestra de pobladores peruanos. Logrando de esa manera la confiabilidad y validez del instrumento para ser utilizado en los padres y/o cuidadores de infantes⁹².

La confiabilidad fue la adecuada con un coeficiente de Alpha de Cronbach con 0.948, y su reproducibilidad evaluada con el Coeficiente de Correlación Intraclass de 0.992⁹². Siendo el único instrumento disponible que tenga validez en el Perú para la población preescolar⁹¹.

3.3 Definición de términos

Calidad de vida relacionada a salud bucal (CVRSB): El impacto causado del estado salud-enfermedad en el desenvolvimiento del día a día de los individuos, tomando en cuenta su percepción (opinión), su satisfacciones, experiencias y aspiraciones, dentro de su contexto cultural y según los valores en el que está inmerso.

Conocimientos de salud bucal: Son aquellas ideas, información o mensajes que alberga un individuo, a partir de sus experiencias, en su socialización o en lo que va aprendiendo a lo largo de su vida.

Factores sociodemográficos: Corresponden a aquellas características sociales y demográficas del padre responsable del cuidado del preescolar en la sociedad.

3.4 Hipótesis

La calidad de vida relacionada a la salud bucal del preescolar se relaciona con las características sociodemográficas y el nivel de conocimientos en salud bucal de su padre responsable del cuidado.

3.5 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	VALORES	ESCALA
Conocimientos en la salud bucal	Conjunto de ideas o información acumulada del padre responsable en el cuidado del preescolar respecto al mantenimiento de una adecuada salud bucal en cuanto a su prevención, hábitos de higiene bucal, alimenticios y referentes a la caries dental.	Conocimientos teóricos acerca de la caries dental.	Información que se tiene acerca de la definición de la enfermedad, la causa y aquello relacionado con el huésped donde se instala.	Puntuación obtenida en componente conocimientos en caries dental.	0 – 5 puntos.	Cuantitativa – intervalo
		Conocimientos teóricos acerca de prevención en salud bucal	Información que se tiene acerca de los beneficios del flúor, las medidas preventivas, las consecuencias de una pieza dentaria perdida prematuramente y visitas al odontólogo.	Puntuación obtenida en componente conocimientos en prevención en salud bucal.	0 – 5 puntos.	
		Conocimientos teóricos acerca de la dieta.	Información que se tiene acerca de los alimentos recomendables para la salud dental, del consumo de azúcares, de la lactancia materna y el uso del biberón	Puntuación obtenida en componente conocimientos en dieta.	0 – 5 puntos.	
		Conocimientos teóricos acerca de la higiene oral.	Información que se tiene acerca de la frecuencia del cepillado y de quién lo debe realizar; la edad de usar el flúor y la durabilidad del cepillo dental.	Puntuación obtenida en componente conocimientos en higiene oral.	0 – 5 puntos.	

Calidad de vida relacionada a la salud bucal	Es la autopercepción del padre responsable del cuidado del preescolar respecto al impacto que ocasiona un problema de la salud oral del menor en el niño como en el padre responsable.	Impacto de las condiciones de salud bucal en el preescolar.	Efectos causados en la salud física, psicológica, social y bienestar del preescolar.	Puntuación obtenida en componente síntomas orales	0 – 4 puntos	Cuantitativa - intervalo
				Puntuación obtenida en componente Limitaciones funcionales	0 -16 puntos	
				Puntuación obtenida en componente Aspectos psicológicos	0-8 puntos	
				Puntuación obtenida en componente Autoimagen e interacción social.	0 – 8 puntos	
	Corresponden a las características sociales y demográficas del padre responsable del cuidado del preescolar en la sociedad.	Impacto de las condiciones de salud bucal en la familia.	Efectos causados en la salud psicológica del padre y en la función familiar.	Puntuación obtenida en componente Estrés parenteral	0 – 8 puntos	
				Puntuación obtenida en componente Función familiar.	0 – 8 puntos	
Factores sociodemográficos	Corresponden a las características sociales y demográficas del padre responsable del cuidado del preescolar en la sociedad.	Características sociales	Son las que van a repercutir en los diferentes ámbitos de la sociedad correspondientes a la educación, la situación ocupacional, seguro sanitario	Grado de instrucción	-Primaria. - Secundaria. -Superior.	Cualitativa – ordinal
				Ingreso económico mensual	-Estrato alto. -Estrato medio. -Estrato bajo.	
				Sistema de salud	-Con seguro. -Sin seguro.	Cualitativa- nominal

				Ocupación	-Con empleo. -Sin empleo.	
				Edad	Número de años.	Cuantitativa-de razón
				Sexo	- Femenino - Masculino.	
				Estado civil	- Conviviente/ Casado -Otros.	
				Procedencia	-Costa. - Sierra/Selva.	
		Características demográficas	Expresan la dimensión, el tamaño o la estructura de la población correspondiente a la edad, género, estado civil, procedencia.			Cualitativa nominal

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Investigación

- Este estudio según su finalidad es de tipo descriptivo.
- Según periodo y secuencia del estudio es transversal.
- Según tiempo de ocurrencia de los hechos es retrospectivo.
- Según la manipulación de la variable es observacional.

4.2 Población y muestra

Para este estudio, la población estuvo conformada por el padre o madre responsable y el niño en edad preescolar, entre los 3 a 5 años, estudiantes de la I.E.I Estrellitas de Fátima en el distrito de Carabayllo. Se aplicó la siguiente fórmula para obtener el tamaño muestral:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{E^2}$$

P: 50%= 0.5

Z (coeficiente de confianza):1.96

q= 1-p = 0.5

E (error asumido) = 0.05

$$n = \frac{(1,96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{(0.05)^2} = 384.16$$

La cantidad de alumnos entre el rango de edad entre los 3 a 5 años que asisten al colegio I.E.I Estrellitas de Fátima es de 371 niños, se aplicó la siguiente fórmula:

$$nf = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} \quad nf = \frac{371}{1 + \frac{384}{371}} = 189$$

El tamaño de la muestra que se obtuvo para esta investigación fue de 189 padres de niños preescolares.

Criterios de inclusión:

- Padre o madre que sea responsable del cuidado del preescolar que asiste a la I.E.I Estrellitas de Fátima en el distrito de Carabayllo.
- Padre o madre orientados en espacio, tiempo y persona al momento de la encuesta.
- Padre o madre que desea participar del estudio de investigación.
- Padre o madre que firme el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Niños menores de tres años de edad.

4.3 Procedimientos y técnicas

Se evaluó la asociación de dos variables (factores sociodemográficos y conocimientos en salud bucal) del responsable del cuidado del preescolar, ya sea padre o madre, con la calidad de vida en relación a la salud bucal del menor. Siendo los métodos empleados una encuesta estructurada llamada “Escala de Impacto de la Salud Oral en la Primera Infancia” (ECOHIS) y dos cuestionarios, uno para registrar los conocimientos en salud bucal y el otro para las características sociodemográficas del padre responsable del cuidado del menor.

4.3.1 Variable factores sociodemográficos

Para la evaluación de las características sociodemográficas, se empleó un instrumento tipo cuestionario dirigido al padre responsable del cuidado del preescolar, la cual contiene indicadores politómicos y dicotómicos, los cuales fueron tomados de los últimos reportes del perfil sociodemográfico brindado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática⁵⁵, tomando en cuenta estudios anteriores similares al tema de esta investigación^{7,9}.

Las variables sociodemográficas se dividen a su vez en variables sociales y variables demográficas.

Variables sociales:

- **Grado de instrucción:** Educación primaria, secundaria, superior.
- **Ocupación:** con empleo, sin empleo.
- **Sistema de salud:** con algún tipo de seguro, sin seguro.

Variables demográficas:

- **Edad:** número cumplido en años.
- **Sexo:** femenino y masculino
- **Estado civil:** casado/conviviente y otros (soltero, divorciado, viudo, separado).

4.3.2 Variable conocimientos de salud bucal

Con el propósito de medir del nivel de conocimiento en salud bucal se utilizó el instrumento ya validado con el mismo tipo de población, en preescolares de 3 a 5 años en la provincia de Lima, realizado por Cupé *et al.*¹³. Este cuestionario fue dirigido al responsable del cuidado del preescolar, el cual consta de 20 indicadores politómicos.

Cada pregunta tuvo el valor de un punto y están divididos en 4 áreas:

1. Caries dental: pregunta 1 – pregunta 5.
2. Prevención: pregunta 6 – pregunta 10.
3. Dieta: pregunta 11 – pregunta 15.
4. Higiene oral: pregunta 16 – pregunta 20.

Para la evaluación del conocimiento total del responsable se cataloga en 4 niveles:

1. Muy bueno: puntaje de 18 a 20
2. Bueno: puntaje de 15 a 17
3. Regular: puntaje de 11 a 14
4. Deficiente: puntaje de 0 a 10

4.3.3 Variable calidad de vida relacionada a la salud bucal:

Para su medición se empleó un cuestionario tipo entrevista ya validado en español en una población peruana comprendida entre las edades 3 a 5 años realizada por López *et al.*⁹² (2011).

Este cuestionario es llamado ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale), que traducido significa Escala de Impacto de la salud oral en la Primera Infancia; el cual fue dirigido al padre responsable del cuidado del preescolar para evaluar su percepción respecto a las limitaciones en la vida diaria que ha tenido su niño por presentar alguna alteración en su salud oral, de esa manera se registra el impacto que ocasiona en la calidad de vida de los niños y de familiares.

El cuestionario consta de trece preguntas, los cuales están divididos en dos secciones; la primera está relacionada con el niño (9 preguntas) y la segunda en su familia (4 preguntas).

Sección impacto en el niño: Presenta cuatro áreas:

1. Síntomas orales del niño: Pregunta No 1.
2. Limitaciones Funcionales: Pregunta N° 2 – Pregunta N° 5.
3. Aspectos Psicológicos: Pregunta N° 6 y N° 7.
4. Autoimagen y la interacción social: Pregunta N° 8 y N° 9.

Sección impacto familiar: Presenta dos áreas:

1. Estrés parental: Pregunta N°.10 y N°.11
2. Función familiar: Pregunta N°.12 y N°.13

El instrumento considera seis opciones de respuestas describiendo, según su percepción, cuán afectada está la calidad de vida del niño y de la familia por alguna alteración en la cavidad bucal.

Como se explicó líneas arriba, la puntuación de cada respuesta se determina mediante la escala tipo Likert, comprende: 0: nunca, 1: casi nunca, 2: de vez en cuando, 3: a

menudo, 4: muy a menudo, 5: No lo sé; estas fueron escogidas según la mejor descripción de las experiencias de su menor hijo y de ellos mismos tomando en cuenta desde su el momento en que nació hasta el día de hoy.

Los puntajes del ECOHIS, total y por área, se calcularon a partir de la suma de los códigos de las respuestas. Las respuestas "no sabe" serán contadas, pero excluidas de la suma para calcular la puntuación total y por áreas del ECOHIS de cada paciente. Los cuestionarios con más de 2 preguntas no contestadas en la sección niño o más de 1 pregunta en la sección familia se considerarían excluidas.

Para la interpretación de este cuestionario, se toma en cuenta los trabajos de investigación hechos por Gómez *et al.*⁵, Pahel *et al.*⁸⁴, López RP *et al.*⁹², en la que se registra como un impacto negativo en la sección de niño y familia cuando el padre responde con al menos una respuesta de "a veces", "a menudo" o "muy a menudo", mientras que las respuestas "nunca" y "casi nunca" se consideraron indicativas de ausencia de impacto negativo según lo recomendado por los creadores del ECOHIS original^{5,84}.

- **Aplicación de los instrumentos a los padres a cargo del cuidado del preescolar:**

Con la autorización de la directora del colegio de la I.E.I "Estrellitas de Fátima" en el distrito de Carabayllo, se procedió a la primera fase de la ejecución de esta investigación con la prueba piloto, para evaluar la confiabilidad de los instrumentos a utilizar, posterior a ello con los coeficientes adecuados obtenidos, se procedió a la fase de ejecución propiamente dicha con el tamaño de muestra planteada de 189 padres. Los padres fueron seleccionados de manera aleatoria de las aulas de tres, cuatro y cinco años, se adjuntó los consentimientos informados en la agenda de cada niño y se encuestó a aquellos padres que aceptaron participar de manera voluntaria.

- **Prueba piloto**

La muestra para esta fase fue de 30 padres de preescolares de tres, cuatro y cinco años de edad. Una vez obtenida su aceptación de participar, se les citó en un ambiente brindado por el colegio, en la cual se les explicó el objetivo de este trabajo de investigación y enfatizándoles la importancia de la salud bucal de sus menores hijos, se les entregó a cada padre o madre los cuestionarios, ya antes explicados, para que los respondan. El tiempo aproximado que demoró para responderlas fue aproximadamente treinta minutos.

-Conocimientos en salud bucal: Como se mencionó líneas arriba, este cuestionario fue sometido a pruebas de validez por Cupé *et al.*¹³, la prueba de confiabilidad registrado mediante la prueba estadística de Alfa de Cronbach fue de 0.645 siendo considerado de regular a bueno por el artículo original¹³. Para este estudio, la prueba de confiabilidad, mediante Alfa de Cronbach, para las 20 preguntas de este cuestionario que se obtuvo fue de 0,640, similar al de la autora mencionada.

-Escala de Impacto de la salud oral en la Primera Infancia (ECOHIS): La validación fue realizada en el Perú, por López R *et al.*⁹² en la cual obtuvo una consistencia interna a través del Alpha de Cronbach fue de 0.948. En este trabajo, la confiabilidad obtenida fue 0.848 para las 13 preguntas del cuestionario con la misma prueba estadística.

- **Ejecución**

Una vez obtenidos los resultados de las pruebas de confiabilidad de los instrumentos, resultando estos aceptables, se siguió con la aplicación de los cuestionarios para los 189 padres de los preescolares que estudian en el turno mañana y tarde.

El trabajo fue sometido al Comité Institucional de Ética en Investigación “Daniel Alcides Carrión” de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos con número de registro 2019-005.

4.4 Procesamiento de datos

La información recaudada se insertó en la base de datos del software IBM® SPSS® 21.0 (Statistical Package for Social Sciences, IBM) y en el programa Microsoft Excel para la ejecución de tablas y gráficos.

4.5 Análisis de resultados

En el análisis descriptivo y univariado de las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes; para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central y dispersión. Para el análisis bivariado, las variables se sujetaron a las pruebas de normalidad y de contraste de hipótesis, siendo el de Kolmogorov-Smirnov ($n > 30$) el que se consideró. Ninguna variable cumplió con este supuesto, por lo que se evaluaron a través de las pruebas estadísticas no paramétricas: Test U de Mann-Whitney, Coeficiente de correlación de Spearman, Tau – b de Kendall. Para la refutación de la hipótesis nula se trabajó con un nivel de significancia del 5%.

Se consideró el modelo de regresión lineal de Poisson, para analizar de manera conjunta el comportamiento de las variables en estudio, en el cual se asoció el puntaje total del ECOHIS con las variables sociodemográficas y el nivel de conocimientos de salud bucal del padre responsable del cuidado, siendo considerado una significancia del $p < 0.05$.

V. RESULTADOS

Se tuvo la participación de 189 padres de familia responsables del cuidado del preescolar, se identificó que la mayor parte fue del sexo femenino (93%), es decir, en este caso, las madres son las que se ocupan del cuidado del preescolar. La edad promedio registrada es de 34.06 ± 9.241 .

Con respecto al estado civil del responsable, el mayor número lo conforman los convivientes y/o casados (84%). La región de procedencia, son en la mayoría de la costa (66%). Referente al grado de instrucción se identificó que el mayor porcentaje lo conforman aquellos que solo han cursado el nivel secundaria (67%).

En la ocupación que desempeñan, se catalogó para este estudio, con empleo o sin empleo, la mayor parte lo conforman aquellos que no tienen empleo (65%).

Respecto al ingreso económico mensual de cada familia, el mayor porcentaje pertenece al estrato bajo (53%), seguido por el estrato medio (29%).

En relación al sistema de salud, el mayor número está afiliado a algún tipo de seguro ya sea SIS, Essalud o particular (92%). (Tabla 2)

TABLA 2: Características sociodemográficas del padre responsable del cuidado del preescolar en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo, Lima (n = 189).

Características sociodemográficas del padre	N	%
Sexo responsable		
Femenino	176	93
Masculino	13	7
Estado civil		
Conviviente/casado	158	84
Otros	31	16
Procedencia		
Costa	125	66
Sierra/Selva	64	34
Grado de instrucción		
Primaria	25	13
Secundaria	127	67
Superior	37	20
Ocupación		
Con empleo	66	35
Sin empleo	123	65
Ingreso económico		
Estrato Alto	35	18
Estrato Medio	54	29
Estrato Bajo	100	53
Edad	34.06*	9.241*
	33 ⁺	55 ⁺

* media y desviación estándar.

⁺ mediana y rango intercuartílico.

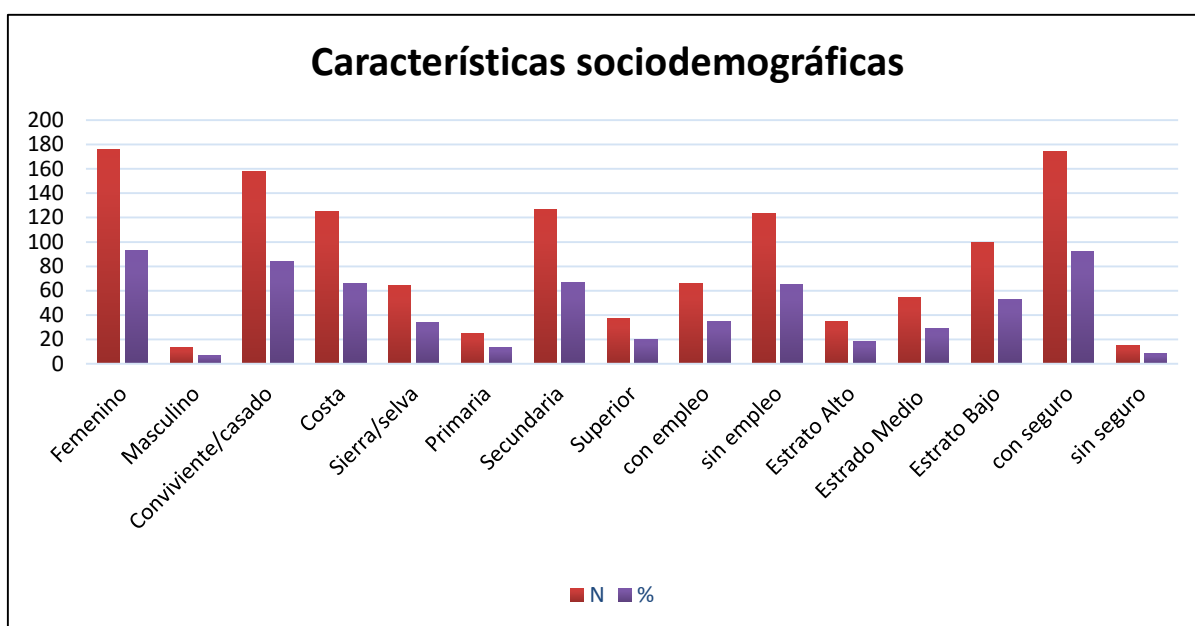


Figura 1: Perfil sociodemográfico del padre responsable del cuidado del preescolar en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabaylo, Lima

En el gráfico se observa las frecuencias y porcentajes de cada característica sociodemográfica del padre responsable del cuidado de esta población en Carabaylo, cada característica sobresaliente (sexo femenino, ser conviviente/casado, provenir de la costa, instrucción secundaria, el no tener empleo, estrato económico bajo y el estar afiliado a algún seguro de salud) corresponden, por lo menos, la mitad del total de la población encuestada.

El nivel de conocimientos de salud bucal registrada en su mayoría son correctos, pues el mayor porcentaje corresponde a los niveles bueno y regular, siendo los niveles muy bueno y deficiente los de menor frecuencia. (Tabla 3)

TABLA 3: Nivel de conocimientos en salud bucal del padre responsable del cuidado del preescolar en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo, Lima (n = 189).

Nivel de conocimientos en salud bucal del padre responsable	N	%
<i>Deficiente</i>	5	2,6
<i>Regular</i>	60	31,7
<i>Bueno</i>	110	58,2
<i>Muy bueno</i>	14	7,4
<i>Total</i>	189	100

Los conocimientos en salud bucal según sus cuatro dimensiones fueron interpretadas por las medias, siendo la dimensión dieta la de mayor conocimiento que reportaron los padres responsables ($4,77 \pm 0,52$), la siguiente dimensión mejor respondida fue la de prevención en salud oral ($3,83 \pm 1,08$) similar a la dimensión higiene oral ($3,81 \pm 0,6$) y la dimensión que muestra mayor desconocimiento fue la de caries dental ($2,55 \pm 1,02$). (Tabla 4)

TABLA 4: Nivel de conocimientos por cada dimensión (caries dental, prevención, dieta, higiene oral) del padre responsable del cuidado del preescolar en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo, Lima (n = 189).

Dimensiones del conocimiento en salud bucal	media	desviación estándar	mínimo	máximo
<i>Caries dental (0 -5)</i>	2,55	1,023	0	5
<i>Prevención (0 - 5)</i>	3,83	1,08	0	5
<i>Dieta (0 – 5)</i>	4,77	0,525	2	5
<i>Higiene oral (0 – 5)</i>	3,81	0,595	2	5
CONOCIMIENTO TOTAL (0 – 20)	14,96	2,096	9	19

La totalidad de preguntas referentes a la calidad de vida relacionada a la salud bucal del preescolar fueron respondidas por sus padres con “nunca y casi nunca”, solo el 38% manifiesta por lo menos un impacto negativo en el niño (en las que respondieron con ocasionalmente, a menudo, muy a menudo), siendo las preguntas más afectadas en esta sección las relacionadas al dolor en los dientes, boca o mandíbula (27%), seguido de la dificultad de tomar bebidas calientes o frías (16,9%) y dificultad para comer algunos alimentos (15,9%); en comparación con el dejar de ir al colegio (6,8%) y el evitar hablar (6,3%) que son las de menor frecuencia. El 47% de padres percibe algún impacto negativo en la familia, siendo las más impactadas la preocupación parenteral (40%), seguida de dejar de hacer sus actividades cotidianas por ocuparse de la salud bucal de sus hijos (33,4%) y el sentimiento de culpa (33%). El 59% registran algún tipo de impacto negativo total en la calidad de vida del preescolar. (Tabla 5)

TABLA 5: Frecuencia de respuestas de los impactos de las condiciones de salud bucal en la calidad de vida del preescolar y su prevalencia según la percepción de sus padres en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo, Lima (n = 189).

Impactos de la salud bucal en la calidad de vida	Nunca / Casi nunca n (%)	De vez en cuando/ a menudo /muy a menudo n (%)	Impacto negativo n (%)
IMPACTO EN EL NIÑO			
1. Dolor de los dientes, boca o mandíbula	138 (73,1)	51 (27)	
2. Dificultad del consumo bebidas frías o calientes	157 (83,1)	32 (16,9)	
3. Dificultad para consumir ciertos alimentos	159 (84,1)	30 (15,9)	
4. Dificultad de pronunciar algunas palabras	173 (91,5)	16 (8,4)	
5. Dejó de asistir a escuela por problemas dentales	176 (93,1)	13 (6,8)	72 (38)
6. Tuvo problemas para dormir	167 (88,4)	22 (11,7)	
7. Ha estado enojado o frustrado	167 (88,4)	22 (11,7)	
8. Ha evitado sonreír	171 (90,4)	18 (9,5)	
9. Ha evitado hablar.	177 (93,7)	12 (6,3)	
IMPACTO EN LA FAMILIA			
10. Alteraciones o preocupación en la familia	113 (59,8)	76 (40,1)	
11. Sentimiento de culpa por problemas dentales de hijo.	127 (67,2)	62 (32,9)	88 (47)
12. Ha ocupado tiempo de su trabajo por problemas dentales de niño.	126 (66,7)	63 (33,4)	
13. Ha afectado la economía familiar.	162 (85,7)	27 (14,3)	
IMPACTO TOTAL			112 (59)

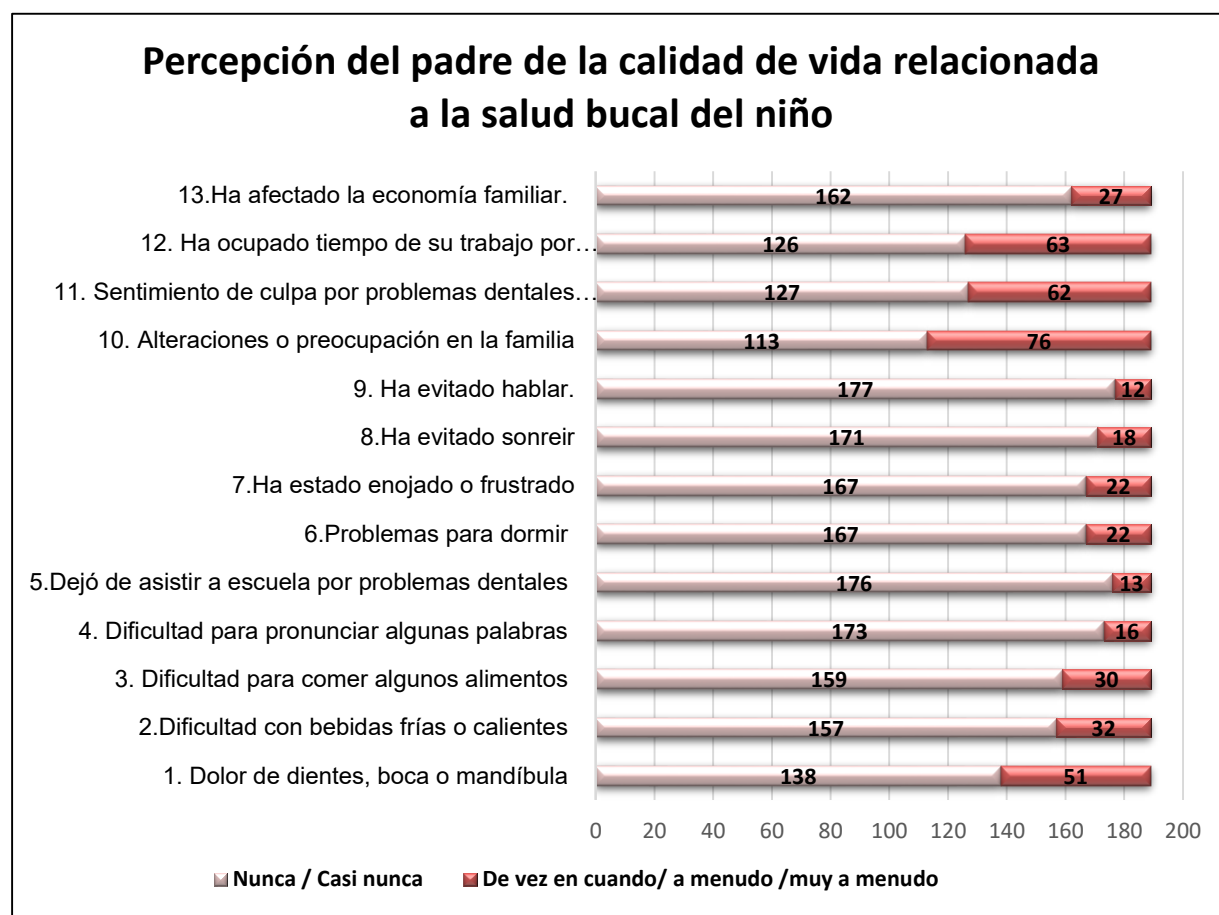


Figura 2: Frecuencia de respuestas de los impactos de la salud bucal en la calidad de vida del preescolar por la percepción de sus padres en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabaylo, Lima.

El promedio de la Escala de Impacto de Infancia Temprana (ECOHIS) fue de $7,52 \pm 8,25$.

En la sección impacto en el niño, la dimensión más afectada es de limitaciones funcionales ($1,58 \pm 2,55$), mientras que la dimensión más afectada en el impacto familiar corresponde al estrés parenteral ($2,35 \pm 2,58$).

Evidenciándose que el impacto en la familia fue ligeramente mayor que en el niño. Los detalles de cada dimensión se muestran en la siguiente tabla. (Tabla 6)

TABLA 6: Puntuación total y según cada dimensión del ECOHIS en el impacto del preescolar y su familia de la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo, Lima (n = 189).

Dimensiones del ECOHIS	N. de ítems	media	desviación estándar	valor mínimo/ valor máximo
<i>Puntaje total (0 – 52)</i>	13	7,52	8,25	0-37
<i>IMPACTO EN EL NIÑO (0 – 36)</i>	9	3,68	5,3	0-24
Síntomas Orales (0 – 4)	1	0,83	1,09	0-4
Limitaciones Funcionales (0 - 16)	4	1,58	2,55	0-13
Aspectos Psicológicos (0 – 8)	2	0,70	1,34	0-6
Autoimagen e Interacción Social (0 – 8)	2	0,58	1,35	0-6
<i>IMPACTO EN LA FAMILIA (0 – 16)</i>	4	3,84	4,05	0-16
Estrés parenteral (0 – 8)	2	2,35	2,58	0-8
Función familiar (0 – 8)	2	1,48	1,74	0-8

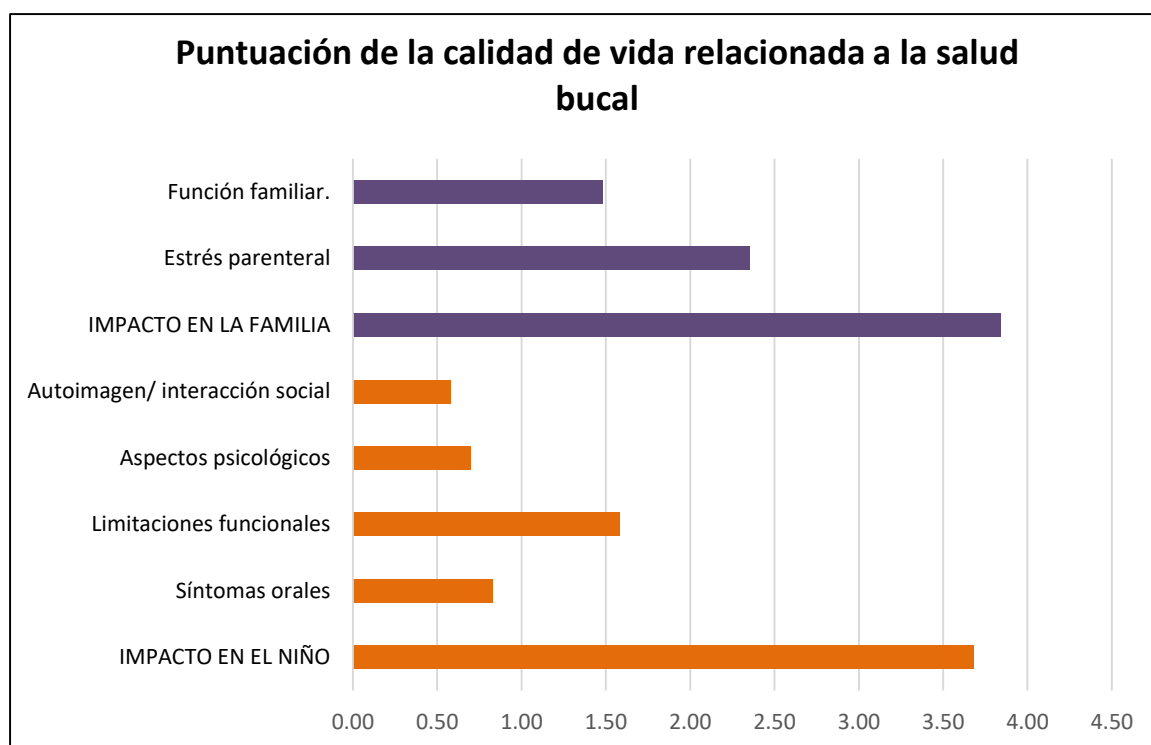


FIGURA 3: Puntuación promedio de las dimensiones del ECOHIS en el impacto del niño y su familia en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo, Lima.

En el gráfico, se dividen dos áreas que corresponden al instrumento utilizado (ECOHIS), que corresponden al impacto en el niño y al impacto en la familia, integrando cada área cuatro y dos dominios, respectivamente. Lo que se observa es que las condiciones de salud del niño van a impactar ligeramente más en la calidad de vida del padre que del niño, ya que el puntaje promedio obtenido es mayor. Dentro de cada área, la dimensión limitaciones funcionales y el estrés parenteral las más impactadas.

En el análisis bivariado, cada indicador de los factores sociodemográficos se relacionaron con el puntaje total de la calidad de vida relacionada a la salud bucal y sus dimensiones. El promedio del puntaje total del ECOHIS se incrementa con las variables sexo masculino, con un estado civil distinto a ser casado o conviviente, el provenir de la región costa, el grado de instrucción primaria, el no tener empleo, el ingreso económico bajo y el no contar con algún sistema de salud, es decir, generan mayor impacto negativo.

En las dimensiones correspondientes al impacto en la familia (estrés parenteral y función familiar), su puntaje será mayor en el caso de ser de estrato económico bajo, de no contar con un empleo, grado de instrucción superior, el no vivir con su pareja o cónyuge. Y según las cuatro dimensiones restantes referidas a la sección del impacto en el niño (síntomas orales, limitaciones funcionales, aspectos psicológicos y autoimagen e interacción social), será mayor el puntaje de cada una con respecto al grado de instrucción primaria y ser de sexo femenino.

No se muestran asociaciones estadísticamente significativas del puntaje total ECOHIS con ninguna variable sociodemográfica; sin embargo la variable sexo con las dimensiones síntomas orales y autoimagen e interacción social muestran asociaciones significativas con un valor $p=0.03$, 0.04 , respectivamente. (Tabla 7)

TABLA 7: Puntuación total de ECOHIS y por dominios según factores sociodemográficos del padre responsable del cuidado en la I.E.I

“Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo, Lima (n = 189).

PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE IMPACTO DE LA SALUD ORAL EN LA PRIMERA INFANCIA (ECOHIS) SEGÚN SUS DIMENSIONES.														
Características sociodemográficas del padre	Síntomas orales		Limitaciones funcionales		Aspectos psicológicos		Autoimagen e interacción social		Estrés parenteral		Función familiar		Puntuación ECOHIS	
	Media (DS)	p	Media (DS)	p	Media (DS)	p	Media (DS)	p	Media (DS)	p	Media (DS)	p	Media (DS)	p
Sexo	0.79		1.55		0.65		0.51		2.36		1.44		7.3	
Femenino	(1.099)	0.03 ⁺	(2.594)	0.09 ⁺	(1.27)	0.23 ⁺	(1.251)	0.04 ⁺	(2.59)	0.81 ⁺	(1.69)	0.6 ⁺	(8.10)	0.25 ⁺
Masculino	1.31		2.00		1.38		1.54		2.23		2.0		10.46	
	(0.947)		(1.871)		(2.10)		(2.184)		(2.66)		(2.35)		(9.94)	
Estado civil	0.84		1.51		0.64		0.52		2.25		1.45		7.20	
Conviviente/casado	(1.09)	0.66 ⁺	(2.40)	0.79 ⁺	(1.25)	0.5 ⁺	(1.28)	0.28 ⁺	(2.52)	0.34 ⁺	(1.67)	0.9 ⁺	(7.55)	0.89 ⁺
Otros	0.77		1.94		1.03		0.87		2.87		1.65		9.13	
	(1,117)		(3,214)		(1,74)		(1,69)		(2,90)		(2,10)		(11,2)	
Procedencia	0.86		1.57		0.70		0.60		2.37		1.46		7.54	
Costa	(1.11)	0.53 ⁺	(2.52)	0.74 ⁺	(1.33)	0.75 ⁺	(1.33)	0.59 ⁺	(2.58)	0.98 ⁺	(1.9)	0.5 ⁺	(8.17)	0.87 ⁺
Sierra/selva	0.77		1.59		0.72		0.55		2.33		1.53		7.48	
	(1.08)		(2.62)		(1.39)		(1.40)		(2.62)		(1.65)		(8.48)	
Nivel de instrucción	0.92		2.28		1.16		1.00		2.00		1.48		8.84	
Primaria	(1.22)		(3.55)		(1.57)		(1.83)		(2.58)		(1.78)		(10.2)	
Secundaria	0.83	0.87 [*]	1.44	0.78 [*]	0.69	0.12 [*]	0.56	0.43 [*]	2.37	0.71 [*]	1.45	0.69 [*]	7.33	0.82 [*]
	(1.08)		(2.40)		(1.38)		(1.36)		(2.63)		(1.79)		(8.3)	
Superior	0.76		1.57		0.46		0.35		2.54		1.59		7.30	
	(1.07)		(2.20)		(0.93)		(0.82)		(2.50)		(1.61)		(6.60)	
Ocupación														

Con empleo	0.73 (0.10)	0.4 ⁺	1.41 (2.12)	0.92 ⁺	0.73 (1.46)	0.65 ⁺	0.85 (1.67)	0.08 ⁺	2.21 (2.59)	0.44 ⁺	1.30 (1.67)	0.24 ⁺	7.23 (8.4)	0.39 ⁺
Sin empleo	0.88 (1.13)		1.67 (2.76)		0.69 (1.28)		0.43 (1.31)		2.43 (2.60)		1.58 (1.78)		7.67 (8.12)	
Ingreso económico	0.71 (1.17)		1.71 (2.33)		0.80 (1.43)		0.66 (1.41)		2.03 (2.61)		1.57 (2.13)		7.49 (9.11)	
Estrato alto														
Estrato medio	0.80 (1.14)	0.69 [*]	1.30 (2.52)	0.40 [*]	0.46 (1.18)	0.14 [*]	0.28 (0.90)	0.16 [*]	2.28 (2.54)	0.55 [*]	1.41 (1.77)	0.69 [*]	6.52 (7.46)	0.42 [*]
Estrato bajo	0.88 (1.10)		1.68 (2.65)		0.80 (1.39)		0.71 (0.51)		2.51 (2.62)		1.49 (1.59)		8.07 (8.37)	
Sistema de salud	0.79 (1.08)		1.53 (2.52)		0.72 (1.37)		1.57 (1.35)		2.37 (2.60)		1.49 (1.73)		7.47 (8.22)	
Con seguro		0.08 ⁺		0.36 ⁺		0.83 ⁺		0.91 ⁺		0.8 ⁺		0.49 ⁺		0.94 ⁺
Sin seguro	1.27 (1.22)		2.13 (2.88)		0.53 (0.99)		0.67 (1.45)		2.13 (2.59)		1.33 (1.95)		8.07 (8.86)	
Edad	34,06 (9.241) §													
	p = 0,84‡		p = 0,67‡		p = 0,79‡		p = 0,21‡		p = 0.82‡		p = 0.06‡		p = 0.77‡	

*Coeficiente de correlación de Spearman.

⁺ Test - U Mann Whitney.

‡ Coeficiente de correlación Tau –b de kendall.

§ Media y desviación estándar.

El promedio total del ECOHIS aumenta con un nivel de conocimiento deficiente, del mismo modo ocurre con los promedios de cada dimensión del ECOHIS; con excepción de síntomas orales la cual aumenta con un nivel de conocimientos muy bueno.

Se evidencia que no hay correlación entre los niveles de conocimiento en salud bucal y el puntaje total ECOHIS en sus seis dimensiones ($p>0.05$). (Tabla 8)

Al relacionar las dimensiones del conocimiento en salud bucal con cada dimensión del ECOHIS, solo se encontró una correlación estadísticamente significativa de la dimensión conocimiento sobre caries dental e impacto en los padres, es decir, a mayor conocimiento en caries dental el impacto ocasionado en la familia del menor por su salud bucal se incrementará ($p=0,043$); además no se encontró correlación significativa con la puntuación total del ECOHIS. (Tabla 9)

TABLA 8: Puntuación total de ECOHIS y por dimensiones según el nivel de conocimientos en salud bucal del padre responsable del cuidado en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo, Lima (n = 189).

<i>Nivel de conocimientos en salud bucal</i>	Puntuaciones de la Escala de Impacto de la salud oral en la primera infancia (ECOHIS) según dimensiones						
	<i>Síntomas Orales</i>	<i>Limitaciones Funcionales</i>	<i>Aspectos Psicológicos</i>	<i>Autoimagen e Interacción social</i>	<i>Estrés parenteral</i>	<i>Función familiar</i>	<i>ECOHIS</i>
	media (DS)	media (DS)	media (DS)	media (DS)	media (DS)	media (DS)	media (DS)
<i>Deficiente</i>	1.20 (1.1)	3.20 (5.63)	1.20 (1.64)	1.60 (2.30)	3.40 (3.29)	2.80 (2.68)	13.4 (14.9)
<i>Regular</i>	0.96 (1.17)	1.67 (2.52)	0.68 (1.43)	0.67 (1.50)	2.05 (2.51)	1.23 (1.52)	7.25 (7.13)
<i>Bueno</i>	0.69 (1.01)	1.36 (2.46)	0.66 (1.27)	0.49 (1.23)	2.37 (2.56)	1.52 (1.73)	7.10 (8.20)
<i>Muy bueno</i>	1.21 (1.31)	2.29 (2.89)	0.93 (1.49)	0.50 (1.16)	3.14 (2.90)	1.79 (2.22)	9.86 (10.0)
<i>p*</i>	0.485	0.597	0.610	0.488	0.304	0.524	0.824

*Coeficiente de correlación Spearman.

TABLA 9: Correlación entre las dimensiones del conocimiento en salud bucal con las dimensiones del ECOHIS y en las áreas de impacto en el niño y familia en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo, Lima (n = 189).

Dimensiones del conocimiento en salud bucal	Dimensiones ECOHIS							
	síntomas orales	limitaciones funcionales	aspectos psicológicos	autoimagen e interacción social	IMPACTO EN NIÑO	estrés parenteral	función familiar	IMPACTO EN FAMILIA
	<i>p</i> *	<i>p</i> *	<i>p</i> *	<i>p</i> *	<i>p</i> *	<i>p</i> *	<i>p</i> *	<i>p</i> *
<i>Caries dental</i>	0,572	0,846	0,456	0,332	0,87	0,44	0,05	0,043
<i>Prevención</i>	0,592	0,574	0,209	0,577	0,758	0,92	0,67	0,978
<i>Dieta</i>	0,352	0,889	0,938	0,213	0,278	0,05	0,284	0,108
<i>Higiene oral</i>	0,349	0,063	0,524	0,259	0,093	0,858	0,989	0,994

* Coeficiente de correlación Tau-b de Kendall.

Para el análisis multivariado de la regresión lineal de Poisson, se recategorizaron las variables sociodemográficas y de conocimiento en salud bucal para un mejor análisis e interpretación de los resultados. La edad del responsable es directamente proporcional al puntaje del ECOHIS, a mayor edad se registrará un mayor impacto en la calidad de vida del niño ($p = 0.001$). Las variables que muestran una relación inversamente proporcional con el puntaje total del ECOHIS, son las referentes al sexo, el ser fémina genera menor puntuación, es decir, un menor impacto en la calidad de vida de su niño, en comparación con el género masculino ($p < 0.001$), el estado civil casado o conviviente genera menor impacto con respecto al padre que vive solo ($p = 0.001$); el tener empleo, ocasiona menor impacto con respecto al que no tiene empleo ($p = 0.001$); el estrato económico alto y medio en relación al de estrato económico bajo generará menor impacto ($p = 0.012$) y el nivel de conocimiento en salud bucal ya sea muy bueno, bueno o regular ocasionan menor puntaje en el ECOHIS en comparación con un nivel de conocimientos deficiente ($p < 0.001$). Las variables que no influyen en la calidad de vida del niño son las referentes a la procedencia, el grado de instrucción y el sistema de salud del responsable ($p > .05$).

TABLA 10: Asociación, según la regresión lineal de Poisson, entre el puntaje total del ECOHIS con las características sociodemográficas y el nivel de conocimientos en salud bucal del padre responsable del cuidado en la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo, Lima (n = 189).

Características del padre responsable	Puntuación ECOHIS	
	B	Sig.
<i>Sexo (Femenino)</i>	-0.477	<0.001
<i>Edad responsable</i>	0.010	0.001
<i>Estado civil (En pareja)</i>	-0.239	0.001
<i>Procedencia (costa)</i>	0.039	0.508
<i>Grado de instrucción (Primaria)</i>	0.025	0.802
<i>Grado de instrucción (Secundaria)</i>	-0.127	0.089
<i>Ocupación (con empleo)</i>	-0.213	0.001
<i>Estrato económico (Alto-medio)</i>	-0.143	0.012
<i>Sistema de salud (con seguro)</i>	-0.003	0.973
<i>Conocimiento (muy bueno-bueno)</i>	-0.544	<0.001
<i>Conocimiento regular</i>	-0.595	<0.001

VI. DISCUSIÓN

Este trabajo de investigación evaluó la relación entre la calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) del preescolar con las características sociodemográficas y el nivel de conocimientos en salud bucal del padre responsable de su cuidado en un colegio nacional del distrito de Carabaylo.

Dentro de las características sociodemográficas, se tomaron en cuenta aquellas variables sociales y demográficas sugeridas por los reportes del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)⁵⁵ y según las recomendaciones de estudios anteriores^{6,7,9,31}. El sexo, edad, grado de instrucción, ingreso económico mensual son las que generalmente se han estudiado^{2,4,6,9,25}; sin embargo, se quiso ahondar otras variables que puedan tener relación con la CVRSB: estado civil, ocupación y el sistema de salud.

Para este estudio se reportó que en un mayor porcentaje son de sexo femenino, siendo las madres las que están más pendiente de sus menores hijos, similares hallazgos encontramos en investigaciones previas^{2,3,6-8,25,31}, inclusive autores como Torres *et al*.⁴ y Nemati *et al*.³⁰, incluyeron únicamente a las madres en sus investigaciones.

El grado de instrucción, en su mayoría, reportan haber cursado solo hasta el nivel secundaria similar a los estudios hechos en Perú^{2,6-8,25}, del mismo modo, en otros países los padres presentan un nivel educativo bajo como en el caso de Nemati *et al*.³⁰ (Arabia Saudita), y en Brasil^{10,31}; sin embargo Born *et al*.¹¹(USA) halla el mayor porcentaje en aquellos que tienen más años de escolaridad, estos resultados son el reflejo de las diferencias sociales de países en vías de desarrollo como el nuestro y potencias como Estados Unidos.

El ingreso económico mensual bajo es el que predominó en este tipo de población, similar a los hallazgos de Tello G.³, Torres G.⁴, Peña Y⁸, Apaza⁹, Simpson¹⁰, De Oliveira S.³¹.

La mayor parte de los responsables encuestados no tienen un empleo, este resultado es posible debido a que la mayoría son madres dedicadas exclusivamente a su hogar en

el que el padre por lo general es el que trabaja; sin embargo los hallazgos de Peña⁸ y De Oliveira et al³¹, muestran que el mayor porcentaje de responsables cuentan con algún tipo de trabajo, a pesar que presenten similares características a las nuestras, podríamos atribuir esta diferencia a la necesidad de un mayor ingreso económico mensual debiendo ambos padres trabajar para el sustento de su hogar.

El ser casado o conviviente fue la que tuvo mayor frecuencia, similar a los hallazgos por De Oliveira et al³¹; sin embargo la mayoría de los estudios de investigación encontrados no consideran el estado civil en las características sociodemográficas; del mismo modo sucede con el sistema de salud al que pertenecen.

Referente al nivel de conocimientos en salud bucal fue bueno para esta población, del mismo modo ocurre con los hallazgos de Cupé¹³(Perú) y Born¹¹(USA); sin embargo Cayo N.³³ y Peña FB.³⁴ reportan que el nivel de conocimiento fueron regular e insuficiente, respectivamente; esto podría explicarse debido a que la población presentó más años de estudio, reportados en Cupé¹³ y Born¹¹, por lo que el nivel de conocimiento se incrementa.

Para esta población, la salud oral no ha ocasionado un notorio impacto negativo en la calidad de vida de los niños de 3 a 5 años de edad, similar al hallazgo de Peña Y.⁸, este puntaje es bajo en comparación con otros estudios revisados en Perú como Aguilar⁷(30,7), Torres et al.⁴ (20 ± 5), López R.⁶ ($15,50 \pm 10,24$), Quintana et al.² y Quispe M.²⁵ ($11,67 \pm 10,15$). Sin embargo, otras investigaciones^{5,11,30,32} encontraron puntajes aún más bajos en otros países, en donde probablemente la salud oral y ciertas condiciones económicas y sociales son favorables⁷. Además De Oliviera³¹, en Brasil, reporta que los impactos tanto en la sección del niño y en su familia en el ECOHIS, en su mayoría, fueron percibidas con “nunca y casi nunca”, por lo que este autor concluye que la salud oral tuvo un escaso impacto negativo en la calidad de vida de los infantes, parecido a lo encontrado en el presente estudio. Esta investigación no consideró las condiciones clínicas del preescolar, pudiendo presumir que esta población no tuvo una moderada o alta severidad de caries dental, por lo cual, no ocasiona algún síntoma en el niño que sea percibida fácilmente por los padres, o en algunos casos, los adultos no le dan la importancia debida

debido a que solo son piezas dentarias deciduas y pasan por alto ciertas manifestaciones que pueda presentar el niño; otro de los probables factores es que la mayor parte cuenta con algún tipo de seguro de salud por lo que tienen la facilidad de ser tratados en el servicio dental, lo que no sucede con Aguilar⁷ donde solamente el 16.2% está afiliado a un tipo de seguro de salud, por ello el impacto negativo fue más notorio.

La dimensión más afectada en la sección del niño fue limitaciones funcionales, se podría asumir este resultado a aquellos preescolares que presentaron mayor severidad de caries dental repercutiendo mayormente en la dificultad de consumir sus alimentos y/o bebidas, al no poder masticar no se nutrirán adecuadamente conllevando a la pérdida del apetito y la disminución de peso, comprometiendo su salud general, siendo vulnerables a ciertas enfermedades como la anemia que se ve en estos tiempos con mayor frecuencia en este grupo etario. Además, aquella condición impactará en la familia, siendo el estrés parenteral el más afectado; al causar mayor preocupación y culpabilidad en los padres por el estado de la salud oral de sus hijos. Estos hallazgos fueron similares a los de varios autores^{2,6,8,25}; sin embargo, para Torres et al⁴, la dimensión más impactada en el niño, fue autoimagen e interacción social, dañando su socialización porque tendrá vergüenza de sonreír o hablar, esta diferencia probablemente sea por las muestras escogidas, ya que son niños atendidos en un hospital del sector público como es el INSN, donde se encuentra mayor severidad de caries dental que ya compromete el área social y psicológica del niño por ello sus padres se ven en la necesidad de buscar ayuda profesional. Para De Oliveira et al³¹, la dimensión aspectos psicológicos fue la más afectada y síntomas orales para Gomes et al⁵. En lo referente al impacto familiar, Nemati et al.³⁰ y De Oliveira et al.³¹ hallan que la más afectada fue la función familiar, debido a que los padres reportan un mayor impacto económico familiar en la búsqueda de servicios dentales que dejan de hacer sus actividades cotidianas por ocuparse de la salud oral de sus hijos, este resultado podría diferir del nuestro porque la mayoría está afiliada a un seguro de salud, recibiendo sus hijos tratamientos dentales constantemente, por lo que no causa mayor gasto económico en ir a buscar profesionales de manera particular,

además al ser las madres amas de casa, dedicadas a sus niños, no les perjudica, en gran manera, en sus labores o actividades rutinarias.

La calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) no solamente es influenciada por los factores clínicos de alguna enfermedad bucal, sino también por otros determinantes de la salud como son los factores sociodemográficos^{4,7-10,30} y los conocimientos en salud bucal^{11,12,34} que posee el individuo, en este caso del padre responsable; sin embargo en este estudio, mediante el análisis bivariado, sólo se encontró relación estadísticamente significativa entre el sexo con las dimensiones síntomas orales, autoimagen e interacción social, mas no con el puntaje total del ECOHIS, similar que Quintana et al², López et al⁶, Quispe M²⁵, no mostraron asociación de los factores sociodemográficos y el ECOHIS; sin embargo otros hallazgos reportan asociaciones significativas con el nivel educativo^{7,11,30}, edad y nivel socioeconómico⁴, tiempo de trabajo laboral³¹; y con ciertos factores familiares y características del niño como lo son su edad^{3,8}, el orden de nacimiento^{5,30}, vivienda propia⁸, estructura del hogar³⁰, estas últimas no fueron variables incluidas en nuestro trabajo.

Alsumait et al¹² refieren una asociación significativa del nivel de conocimiento en salud bucal con la calidad de vida, pero Born et al¹¹ no obtienen el mismo hallazgo concluyendo no ser predictor del puntaje del ECOHIS, similar a lo encontrado por esta investigación, lo cual podría interpretarse que el tener conocimientos buenos, no es suficiente, sino va ligado a la actitud que demuestre hacia la salud bucal de sus hijos que conlleve a una conducta, así podría potenciar los efectos en la calidad de vida del niño tal como lo manifiesta Alsumait et al¹².

Al analizar las variables en conjunto se observó una repercusión significativa del sexo, edad, estado civil, ocupación, ingreso económico mensual y el nivel de conocimientos sobre la calidad de vida similar a lo encontrado por otros autores en estudios similares^{5, 9,10}. Consideramos que estas diferencias en el análisis bivariado y multivariado podría atribuirse al efecto confusor que tienen algunas variables al analizarse aisladamente, considerando que en la práctica el resultado de la calidad de

vida en la salud bucal es multicausal y las variables interaccionan entre sí, lo que se refleja en las diferencias de los resultados analizados de manera bi y multivariada.

El presente estudio se realizó en una población dentro de un contexto específico por lo cual la capacidad de generalización de los resultados se limitará a poblaciones con características similares.

VII. CONCLUSIONES

1. La calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) en los niños de 3 a 5 años de edad de la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en Carabayllo no tiene asociación estadísticamente significativa con los factores sociodemográficos ni el nivel de conocimientos en salud bucal de sus padres; sin embargo al ser analizadas en conjunto, la edad, sexo, estado civil, ocupación, ingreso económico y el nivel de conocimientos en salud bucal impactan negativamente en la CVRSB del menor.
2. Las características sociodemográficas de los padres responsables del cuidado son en mayor frecuencia de sexo femenino, estado civil casada/conviviente, proceden de la región costa, nivel de educación solo hasta secundaria, con empleo, ingreso económico mensual bajo, afiliados a algún sistema de salud y el promedio de edad es 34 años.
3. El nivel de conocimientos en salud bucal que prevalece en los padres responsables del preescolar de la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo es bueno.
4. La dimensión más afectada por la salud oral en el preescolar de la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo fue limitaciones funcionales.
5. La dimensión más afectada por la salud oral en la familia del preescolar de la I.E.I “Estrellitas de Fátima” en el distrito de Carabayllo fue estrés parenteral.
6. Los impactos percibidos, en mayor frecuencia, por los padres son los relacionados a la preocupación, la culpabilidad, el dejar de hacer sus actividades habituales por ocuparse de la salud bucal de sus hijos; así como el dolor en los dientes en sus niños.

VIII. RECOMENDACIONES

Debido a que en este tipo de población estudiada, las características sociodemográficas y el nivel de conocimientos en salud bucal del padre responsable no ocasionó un impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud bucal del niño, se recomienda:

1. Realizar este tipo de investigaciones en poblaciones rurales en el interior del país, pues sus condiciones sociales, económicas y culturales pueden ser distintas a la población estudiada en este caso, lo que podría repercutir de manera negativa en la calidad de vida.
2. Incluir dentro de los determinantes no clínicos aquellos factores familiares y del entorno del menor, los que podrían ser características más vulnerables en la población infantil; del mismo modo analizar la influencia del nivel de conocimientos en salud bucal en conjunto con las prácticas y actitudes del padre, pues son escasos los estudios encontrados de esta variable y su relación con la calidad de vida.
3. Debido probablemente a la baja severidad de caries dental o alguna otra alteración en la salud bucal del preescolar en este estudio, se sugiere incluir en este tipo de investigaciones, el examen clínico bucal para tener mejor detalle de las condiciones clínicas del niño y poder analizar la relación de los determinantes sociales con la calidad de vida de aquellos que presenten alguna manifestación clínica bucodental de importancia.
4. Realizar más estudios de este tipo y sobre todo en aquella población preescolar ya que hay pocas investigaciones en Perú que tomen en cuenta aquellos determinantes no clínicos de la salud oral que podrían influir en la calidad de vida, tomando en cuenta el instrumento de la Escala de Impacto de la Salud Oral de la Primera Infancia (ECOHIS).
5. El nivel de conocimientos en salud bucal de esta población en Carabayllo es en mayor medida buena y regular, por lo que se sugiere reforzar los talleres educativos en salud oral a los padres para que los resultados puedan mejorar aún más.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz S, Gonzales F, Ramos K, Pérez S, Malo L. Impacto de caries dental sobre la calidad de vida en niños pertenecientes a la primera infancia de instituciones educativas en Cartagena. [Tesis Pregrado]. [Colombia]. Universidad de Cartagena; 2015. 67p.
2. Quispe M, Quintana C. Impacto de la salud oral sobre la calidad de vida en niños preescolares de la institución educativa "José Antonio Encinas" N.º 1137 en el distrito de Santa Anita, Lima. Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener. 2017; (6): 61-71.
3. Tello G, Abanto J, Butini L, Murakami C, Bonini G, Bönecker M. Impacto de los principales problemas de salud bucal en la calidad de vida de preescolares. Revista "Odontología". 2016; 19(2): 42-52.
4. Torres G, Blanco D, Chávez M, Apaza S, Antezana V. Impacto de la caries de la infancia temprana en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos menores de 71 meses de edad. Odontol. Sanmarquina. 2015; 18(2): 87-94.
5. Gomes M, De Almeida T, De Brito E, Castro C, Granville A, Martins S. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. Health and quality of life outcomes [Internet]. 2014 [cited 02Set 2019]; 12(1): 55. Disponible en <http://www.hqlo.com/content/12/1/55>.
6. López R, García C. Calidad de vida y problemas bucales en preescolares de la provincia de Huaura, Lima. Rev Estomatol Herediana. 2013; 23(3):139-47.
7. Aguilar D. Calidad de vida en relación a la salud oral en preescolares de una institución educativa pública de Lima [Tesis Pregrado]. [Lima]: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2018. 36p.
8. Peña Y. Impacto de los factores sociodemográficos familiares sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en los niños de tres a cinco años de instituciones educativas estatales del distrito de Pachacámac, 2017. [Tesis Pregrado]. [Lima]: Universidad Privada Norbert Wiener-Facultad de Ciencias de la Salud; 2018. 99p.

9. Apaza S, Torres G, Blanco DJ, Antezana V, Montoya J. Influencia de los factores sociodemográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida de adolescentes peruanos. *Rev Estomatol Herediana*. 2015;25(2):87-99.
10. Simpson J, Gonçalves IC, Almeida A, Bovi G, Mialhe F. The impact of socioenvironmental characteristics on domains of oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren. *BMC Oral Health*. 2013; 13:10.
11. Born C, Divaris K, Zeldin L, Gary R. Influences on preschool children's oral health-related quality of life as reported by English and Spanish-speaking parents and caregivers. *Journal of Public Health Dentistry*. 2016; 76(4): 276-286.
12. Alsumait A, ElSalhy M, Almunezaa E, Ariga J, Al-Mutawa S, Amin M. Relationship Between Oral Health Knowledge, Attitude and Practices of Primary School Teachers and Their Oral Health-related Quality of Life: A Cross-sectional Study. *Oral Health Prev Dent*. 2016; 14(6):519-528.
13. Cupé A, Garcia C. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Rev Estomatol Herediana*. 2015;25(2):112-121.
14. González F, Sierra C, Morales L. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud Pública Mex*. 2011; 53(3):247-57.
15. Rios CM. Conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en preescolares, en el policlínico Pacasmayo ESSALUD. [Tesis Pregrado]. [Trujillo]. 2014.52p.
16. Martignon S, Bautista G, González M, Lafaurie G, Morales V, Santamaría R. Instruments for evaluating oral health knowledge, attitudes and practice for parents /caregivers of small children. *Rev Salud pública*. 2008; 10(2): 308-314
17. Porto I, Díaz S. Repercusiones de la salud bucal sobre calidad de vida por ciclo vital individual. *Acta Odontológica Colombiana*, [Internet]. 2017. [citado 20Mayo 2019].

- 7(2): 49-64. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/66369>.
18. Abbeg C. Development of behaviours and habits conducive to oral health. En: Sheiham A, Bönecker M, editores. Promoting children`s oral health; First ed. Sao Paulo: Quintessence editora; 2006.p.93-104.
 19. Minah G. Lin C, Coors S, Rambob I, Tinanoff N, Grossman LK. Evaluation of an early childhood caries prevention program at an urban pediatric clinic. *Pediatr Dent* 2008; 30(6):499-504.
 20. Mohebbi SZ, Virtanen JI, Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti MM. A cluster randomised trial of effectiveness of educational intervention in primary health care on early childhood caries. *Caries Res* 2009; 43(2):110-18.
 21. Ayhan H, Suskean E, Yildirim S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. En: *J Clin Pediatr Dent*. 1996; 3(20): 209-212.
 22. Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. *Journal of Oral Science*. 2006; 48:1-7.
 23. Diaz C, Casas I.; Roldán J. Calidad de vida relacionada con salud oral: Impacto de diversas situaciones clínicas odontológicas y factores socio-demográficos. Revisión de la literatura. *Int. J. Odontostomat*. 2017; 11(1):31-39.
 24. INEI. Planos Estratificados de Lima Metropolitana a Nivel de Manzana. Lima. Centro de Edición del INEI. 2016.
 25. Quispe M. Impacto de la salud oral sobre la calidad de vida de niños pre-escolares en el distrito de Santa Anita, Lima – 2014. [Tesis Pregrado]. [Lima]: Universidad Privada Norbert Wiener-Facultad de Ciencias de la Salud; 2015. 92p.
 26. Cohen-Carneiro, F.; Rebelo, M. A.; Souza-Santos, R.; Ambrosano, G. M.; Salino, A. V. & Pontes, D. G. Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil. *Cad. Saude Publica*, 26(6):1122-30, 2010.

- 27.** Guido M, Castillo J. Manejo odontológico materno infantil basado en evidencia científica. 1st ed. Madrid (España): Ripano SA; c2012. Chapter 2, Educación de salud oral en el infante; p. 33-48.
- 28.** Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*. 1988; 5(1):3-18.
- 29.** Caglayan, F.; Altun, O.; Miloglu, O.; Kaya, M. D. & Yilmaz, A. B. Correlation between oral health-related quality of life (OHQoL) and oral disorders in a Turkish patient population. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*, 14(11):e573-8, 2009.
- 30.** Nemati S, Ghasempour M, Khafri S. Impact of oral and dental health on quality of life in Iranian preschool children and their families. *Electronic Phys [Internet]*. 2016 [citado 12Set 2019]; 8(11): 3296-3301. Disponible en <http://dx.doi.org/10.19082/3296>.
- 31.** De Oliveira S, Nogueira R, Alves F. Influência da saúde bucal sobre a qualidade de vida de crianças pré-escolares. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2014; 38 (1): 125-139.
- 32.** Pani S, Badea L, Mirza S, Elbaaje N. Differences in perceptions of early childhood oral healthrelated quality of life between fathers and mothers in saudi arabia. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2012; 22:244–249.
- 33.** Cayo N, Cosme T, Morales R. Caries dental y su relación con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia en preescolares. *KIRU*. 2019; 16(3):102-107.
- 34.** Peña F. Experiencia de caries, nivel de conocimientos y prácticas en salud oral de madres de niños menores de 36 meses de edad residentes en el caserío de pulún, distrito Del Carmen de la frontera en la región Piura en el año 2015. [Tesis Pregrado]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia – Facultad de Estomatología; 2017. 45p.
- 35.** Organización Mundial de la Salud [Internet]. Salud bucodental-Nota informativa N°318. 2012 [citado 24 Oct 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>.
- 36.** Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Internet] Informe Técnico de la Evolución de la Pobreza Monetaria 2007-2017. 2018. [citado 24 Oct 2019]. Disponible

en:https://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/informe_tecnico_pobreza_monetaria_2007-2017.pdf

- 37.** Petersen P, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ.2005; 83(9):661-9.
- 38.** Estupiñán S, Milner T, Téllez M. La Salud Oral de los Niños de Bajos Ingresos: Procedimientos para el Tratamiento Restaurativo Atraumático (PRAT). Organización Panamericana de la Salud. [Internet]; 2006 [citado 20Set2018]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH-PRAT_mar2009.pdf.
- 39.** Sanabria D, Ferreira M, Pérez N, Díaz C, Torres C, Cubilla E et al . Caries dental en menores en situación de pobreza, asistidos por una fundación en Paraguay. Rev. Estomatol. Herediana. [Internet]. 2016. [citado 21 Nov2018]; 26(2): 70-77. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000200003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v26i2.2868>.
- 40.** Riesgo Y, Costa D, Rodríguez C, Crespo M. Estado de salud bucal en escolares del Semi-internado 30 de Noviembre. Medisan. 2011; 15(4):442-6.
- 41.** Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. [Internet]. Encuesta Nacional sobre Salud Oral Paraguay 2008. 2009. [citado 20Oct 2018]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH-PAR2008.pdf>.
- 42.** Oliveira DC, Pereira PN, Ferreira FM, Paiva SM, Fraiz FC. Reported Impact of Oral Alterations on the Quality of Life of Adolescents: A Systematic Review. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2013; 13(1):123-9.
- 43.** Velarde E, Avila C. Evaluación de la calidad de vida. Salud pública Méx [Internet]. 2002. [citado 11Nov 2019]; 44(4): 349-361. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400009&lng=es.
- 44.** Ingunza M, Del Castillo C, Evangelista A, Sánchez P. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito urbano-marginal. Rev. Estomatol.

- Herediana [Internet]. 2015. [citado 1 Nov 2019]; 25(3): 194-204. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000300004&lng=es.
- 45.** Allen P. Assessment of oral health related quality of life. Health Qual Life Outcomes. 2003; 1:40.
- 46.** Dho M. Evaluacion de los conocimientos en salud oral. Revisión de la literatura. Revista Electrónica de Portales Médicos.[Internet]. 2012 [citado 04Dic 2018]; 49(5):1-11. Disponible en: <http://www.portales-medicos.com/publicaciones/articles/4905/1/Evaluacion-de-los-conocimientos-en-Salud-Oral-Revision-de-la-Literatura.html>.
- 47.** World Health Organization [Internet]. The World Health Report 2003: Continuous Improvement of Oral health in the 21st Century-The approach of the WHO Global Oral Health Programme. [Citado 10 Feb 2010] Disponible en: <http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf>.
- 48.** Dias MS. Estudo dos Factores de Risco em Saúde Oral em Crianças Escolarizadas. [Tesis de licenciatura en medicina dentária]. [Porto]: Universidad Fernando Pessoa; 2009.
- 49.** Franzin LCS, Bijella MST. Conhecimento de um grupo de mães sobre a saúde bucal de seus filhos. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê. 2005; 8(45):333-41.
- 50.** Rodriguez C. Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° básico de la ciudad de Santiago. [Tesis Pregrado]. [Santiago]: Universidad de Chile; 2005.
- 51.** Pelaez P. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de alumnos de nivel inicial de la i.e. 211 "Santísima Niña María", Victor Larco. [Tesis Pregrado]. [Trujillo], 2015. 60p.
- 52.** Lamas C, Hernández R, Añé B. Evaluación de 2 métodos educativos sobre higiene bucal. Rev Cubana Estomatol 2010; 24(1):101-12.
- 53.** Dho, MS. Aspectos considerados para valorar los conocimientos, actitudes y hábitos de salud bucodental. Diseño de un cuestionario. Rev Electrónica de PortalesMédicos.com. [Internet]. 2015. [citado 13 Nov 2019]; 10(7): 1-14. Disponible en

<http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/valorar-los-conocimientos-actitudes-y-habitos-de-salud-bucodental/>.

54. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil sociodemográfico del Perú. Lima. 2008. 474p.

55. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil sociodemográfico del Perú. Informe Nacional. 2018. 644p.

56. Rojas A, Pachas F. Perfil epidemiológico de salud oral e indicadores de riesgo en escolares adolescentes de la localidad de Cartavio (La Libertad, Perú). Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(3):127-136.

57. Petersen P. Sociobehavioural risk factors in dental caries - international perspectives. Community Dent Oral Epidemiol. 2005; 33(4):274-9.

58. Pachas F. Factores sociodemográficos, conductas en salud oral de escolares y padres, uso de servicios dentales asociados a experiencia de caries dental en dentición permanente de escolares de dos niveles socioeconómicos de Lima Metropolitana. [Tesis maestría]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. 50p.

59. Zambrano O, Fong L, et al. Impacto de caries de infancia temprana en la calidad de vida del Niño zuliano y su familia. Odous científica. 2015; 162: 8-17.

60. Locker D, Jokovic A, Tompson B, Prakash P: Is the child perceptions questionnaire for 11–14 year olds sensitive to clinical and self-perceived variations in orthodontic status? Community Dent Oral Epidemiol. 2007, 35:179–185.

61. Carrasco M, Landauro A, Orejuela F. Factores asociados a la utilización de servicios en una clínica odontológica universitaria peruana. Rev Estomatol Herediana. 2015;25(1):27-35.

62. INEI. Muestreo básico para ejecución e interpretación de encuestas. Lima: Centro de Edición del INEI; 2000.

63. Gabardo M, Carneiro L, Moysés S, Moysés S, Olandoski M, Olinto M, Anselmo M. Social, economic, and behavioral variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015 ; 20(5): 1531-1540.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000501531&lng=en.

- 64.** Marshman Z, Rodd H, Stern M, Mitchell C, Locker D, Jokovic A: An evaluation of the child perceptions questionnaire in the UK. *Community Dent Health*. 2005, 22:151–155.
- 65.** Wilson I, Cleary P. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *J Am Med Assoc*. 1995; 273:59–65.
- 66.** Gift H, Atchison K, Dayton C. Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. *Soc Sci Med*. 1997, 44:601–608.
- 67.** Piovesan C, Batista A, Ferreira F V, Ardenghi T M. Oral health-related quality of life in children: Conceptual issues. *Rev Odonto Cienc*. 2009; 24(1): 81-85.
- 68.** World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995, 41:1403–1410.
- 69.** Sischo, L, Broder, H. L. Oral Health-related Quality of Life. *J. Dent. Res*. 2011; 90(11):1264-70.
- 70.** Gabardo, MCL; Moysés, ST, Moysés, SJ. Self-Rating of oral health according to the oral health impact profile and associated factors: a systematic review. *Rev. Panam. Salud. Publica*. 2013; 33(6):439-45.
- 71.** Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005; 83(9): 641-642.
- 72.** Aldrigui JM, Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M et al. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of young children. *Health Qual Life Outcomes*. 2011; 9: 78.
- 73.** De la Fuente, J; Sumano, O; Sifuentes, MC; Zelocuatecatl, A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Univ. Odontol*. 2010; 29(63):83-92.

- 74.** Jankauskiene B, Narbutaite J. Changes in oral health related quality of life among children following dental treatment under general anaesthesia. A systematic review. *Stomatologija*. 2010; 12(2): 60-64.
- 75.** Slade G D. Measuring oral health and quality of life. Department of Dental Ecology. Chapel-Hill: University of North Carolina 1997.
- 76.** Duarte IM, Análisis de salud oral y su impacto en la calidad de vida de la población preescolar del municipio de Cascais, Portugal, en 2012. [Tesis Doctorado]. [Sevilla]. Universidad de Sevilla. 2015; 178p.
- 77.** Barbosa TS, Gavião MB. Oral health-related quality of life in children: part III. Is there agreement between parents in rating their children's oral health related quality of life? A systematic review. *Int J Dent Hyg*. 2008; 6:108-13.
- 78.** Echeverría S, Henríquez E, Sepúlveda R, Barra M. Caries Temprana de la Infancia Severa: Impacto en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Oral de Niños Preescolares. *Revista Dental de Chile* 2010; 101 (2) 15-21.
- 79.** Rebok G, Riley A, Forrest C y col. Elementary school-aged children's reports of their health: A cognitive interviewing study. *Quality of Life Research*. 2001; 10: 59-70.
- 80.** Laporte D. Autoimagen, autoestima y socialización, guía práctica con niños de 0 a 6 años. Madrid (España): Narcea S.A. de Ediciones. 2006.
- 81.** National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities. [Internet] Consejos de crianza positiva para el desarrollo saludable del niño. Actualizado: 18 de julio de 2014; Consultado Octubre 2013. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/childdevelopment/positiveparenting/index.html>.
- 82.** Harter S, Pike R. The pictorial scale of perceived competence and acceptance for young children. *Child Dev*. 1984; 55:1969-1982.
- 83.** Mujica P, Acosta L, Aguilar F, De la Fuente J, Shimada H. Instrumentos validados para medir la salud bucal en los niños. Sociedad Iberoamericana de Información Científica 2010.

- 84.** Pahel B, Rozier R, Slade G. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes*. 2007; 5:6.
- 85.** Li S, Veronneau J, Allison PJ. Validation of a French language version of an oral health impact questionnaire for infants: the ECOHIS. *Health Qual Life Outcomes*. 2008; 6:9.
- 86.** Lee G, McGrath C, Yiu C, King N. Translation and validation of a Chinese language version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Int J Paediatr Dent*. 2009; 19:399–405.
- 87.** Jabarifar S, Golkari A, Ijadi M, Jafarzadeh M, Khadem P. Validation of a Farsi version of the early childhood oral health impact scale (F-ECOHIS). *BMC Oral Health*. [Internet]. 2010. [citado 02Nov2018];10:4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20367888>.
- 88.** Scarpelli AC, Oliveira BH, Tesch FC, Leão AT, Pordeus IA, Paiva SM. Psychometric properties of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS) *BMC Oral Health*. [Internet]. 2011 [cited 20Nov2018] ; 11:19. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/11/19>.
- 89.** Martins P, Ramos J, Paiva S, Marques L, Ramos M. Validations of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2012 [citado 21Nov2018]; 28:367–74. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22331162>.
- 90.** Bordoni N, Ciaravino O, Zambrano O, Villena R, Beltran-Aguilar E, Squassi A. Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Translation and validation in Spanish language. *Acta Odontol Latinoam*. [Internet] 2012 [citado 03Dic2018]; 25(3):270-8. Disponible en: <http://bvssalud.org/portal/resource/pt/lil-699389>.
- 91.** Tesch F, Oliveira B, Leão A. Semantic equivalence of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale. *Cad Saude Pública*. 2008; 24(8):1897-1909
- 92.** López R , García C, Villena R, Bordoni N. Cross Cultural Adaptation and Validation of the Early Childhood Health Impact Scale (ECOHIS) in Peruvian Preschoolers. *Acta*

Odontol. Latinoam. [Internet]. 2013 [citado 20Nov2018]; 26(2): 60-67. Disponible en:
<http://odontobebeperu.org.pe/images/pdf/ecohis-acta-latinom.pdf>.

X. ANEXOS

ANEXO 01: CUESTIONARIO FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Ficha N.

Sr padre de familia y/o tutor del menor, lo invitamos a responder esta encuesta, la cual será de mucha ayuda para esta investigación. Los datos que Ud. Nos proporcione son confidenciales y solo serán usados para nuestra investigación.

- Datos del padre o madre responsable del cuidado del niño:

- Edad:

- Sexo:

Masculino

☐

Femenino

☐

- Estado civil:

Conviviente

☐

Separado

☐

Casado

☐

Viudo

☐

Divorciado

☐

Soltero

☐

- Procedencia:

Costa

☐

Sierra

☐

Selva

☐

- Grado de instrucción:

Analfabeta

☐

Primaria completa

☐

Primaria incompleta

☐

Secundaria completa

☐

Secundaria incompleta

☐

Superior

☐

- Ocupación:

Estudiante

☐

Independiente

☐

Empleado

☐

Jubilado

☐

Ama de casa

☐

Desempleado

☐

- Sistema de salud:

Seguro particular

☐

ESSALUD

☐

SIS

☐

Ninguno

☐

ANEXO 02: NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PADRE RESPONSABLE DEL CUIDADO DEL PREESCOLAR EN SALUD BUCAL.

Ficha N.

Sr padre de familia, lo invitamos a responder este cuestionario, el cual será de mucha ayuda para esta investigación, además tiene la finalidad de obtener información respecto a la salud bucal de su niño, de esa manera poder orientarlo a usted y a su familia a mejorar sus hábitos.

Los datos que Ud. Nos proporcione son confidenciales y solo serán usados para nuestra investigación.

Indique con una (X) la alternativa que Ud. considere correcta para cada pregunta planteada.

CARIES DENTAL

1.- ¿Qué es la caries dental?

- a.- Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos.
- b.- No es una enfermedad
- c.- Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de azúcares.
- d.- Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de frituras.

2.- Los microorganismos que causan la caries dental puede transmitirse por

- a) Compartir utensilios
- b) Compartir cepillos dentales
- c) Besos en la boca
- d) Todas las anteriores

3.- ¿Qué es la placa bacteriana dental?

- a.- Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes
- b.- Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes
- c.- Es el sarro que se forma en los dientes
- d.- Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos

4.- ¿Son importantes los dientes de leche?

- a) Sí, porque guardan espacio para los dientes permanentes
- b) No, porque no cumplen ninguna función
- c) No, porque al final se van a caer
- d) No, porque no son los dientes permanentes

5.- ¿A qué edad los niños tienen todos los dientes de leche?

- a) 2 años
- b) 4 años
- c) 6 años
- d) 8 años

PREVENCIÓN

6.- La primera visita al odontólogo, se recomienda a partir de:

- a) A partir de los 2 años
- b) Cuando aparece el primer diente de leche
- c) Cuando tenemos dientes de adulto
- d) Solo cuando existe dolor

7.- ¿Qué beneficios conoce del flúor?

- a) Fortalece los dientes y previene la caries
- b) Cura los dientes para prevenir las extracciones
- c) El flúor tiene una acción blanqueadora en los niños
- d) Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte

8.- Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos:

- a) Si, para un examen clínico de rutina
- b) Solo si tiene dientes chuecos
- c) No, ya que como no tiene nada no es necesario
- d) Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca

9.- Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque esta con caries ¿cree Ud. que pueda afectar la posición de los dientes?

- a) Si
- b) Depende, solo si pierde las muelas de leche
- c) No
- d) Los dientes de leche no son importantes

10.- ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?

- a) El flúor
- b) Una correcta higiene bucal
- c) Evitar consumo excesivo de azúcares
- d) Todas las anteriores

DIETA

11.- ¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?

- a) Frutas y vegetales
- b) Gaseosas y frutas
- c) Frugos y galletas
- d) Todas las anteriores

12.- ¿Qué se recomienda que lleve su hijo en la lonchera?

- a) Queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne.
- b) Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja.
- c) Frugos, leche chocolatada, chisitos
- e) Todas las anteriores

13.- Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto

- a.- El niño nunca debe consumir azúcar
- b.- El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día
- c.- El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes
- d.- Todas las anteriores

14.- ¿Hasta qué edad se recomienda dar al niño lactancia materna?

- a.- Hasta los 15 días de nacido
- b.- Hasta los 3 meses de edad
- c.- Hasta los 6 meses de edad
- d.- Hasta el primer mes de nacido

15.- Dejar que el niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿qué causaría?

- a.- Va a estar más fuerte al despertar
- b.- Estará más fuerte y sano
- c.- Estará más expuesto a tener caries
- d.- No pasa nada

HIGIENE BUCAL

16.- ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?

- a.- 1 vez
- b.- De 2 a 3 veces
- c.- De 5 a más veces
- d.- Los niños no deben cepillarse los dientes

17.- ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?

- a) A partir de los 2 años
- b) A partir de 5 años
- c) A partir de la adolescencia
- d) En niños menores de 2 años

18.- ¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?

- a) No
- b) Solo antes de dormir
- c) Solo con usar un enjuagatorio basta
- d) Si

19.- ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?

- a) Cada 3 meses
- b) Cada 8 meses
- c) Al año
- d) Nunca

20.- En cuanto al cepillado dental

- a.- El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño
- b.- Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad.
- c.- El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años.
- d.- En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental.

ANEXO 03: CUESTIONARIO ECOHIS

IMPACTOS EVALUADOS EN LA ESCALA DE SALUD BUCAL EN LA INFANCIA TEMPRANA (ECOHIS).

Ficha N.

Sr. padre de familia, le invitamos a realizar este cuestionario, lo cual será de mucha ayuda para nuestra investigación, en el cual se evaluará los efectos que ocasiona la caries dental en el bienestar y la vida cotidiana de sus niños y familiares. Los datos obtenidos son completamente confidenciales y solo serán usados para fines de investigación.

	0	1	2	3	4	5				
	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo	No sabe				
1	¿ Con qué frecuencia su hijo ha tenido dolor en los dientes, boca o mandíbula?				0	1	2	3	4	5
2	¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido dificultades para beber bebidas calientes o frías, debido a problemas o tratamientos dentales/orales?				0	1	2	3	4	5
3	¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido dificultades para comer algunos alimentos a causa de problemas o tratamientos dentales/orales?				0	1	2	3	4	5
4	¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido dificultades para pronunciar algunas palabras, debido a problemas o tratamientos dentales/orales?				0	1	2	3	4	5
5	¿Con qué frecuencia su hijo ha perdido días de asistencia a su actividad preescolar, de guardería o escuela por problemas o tratamientos dentales/orales?				0	1	2	3	4	5
6	¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido problemas para dormir debido a problemas o tratamientos dentales/orales?				0	1	2	3	4	5
7	¿Con qué frecuencia su hijo ha estado enojado o frustrado a causa de problemas o tratamientos dentales/orales?				0	1	2	3	4	5
8	¿ Con qué frecuencia su hijo ha evitado sonreír por problemas o tratamientos dentales/orales?				0	1	2	3	4	5
9	¿Con qué frecuencia su hijo ha evitado hablar debido a problemas o tratamientos dentales/orales?				0	1	2	3	4	5
10	¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia ha sido alterado/preocupado a causa de problemas o tratamientos dentales/orales?				0	1	2	3	4	5
11	¿ Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia se ha sentido culpable por los problemas o tratamientos dentales/orales?				0	1	2	3	4	5
12	¿ Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia ha ocupado tiempo de su trabajo/ actividad a causa de los problemas o tratamientos dentales/orales?				0	1	2	3	4	5
13	¿Con qué frecuencia los problemas o tratamientos dentales/orales de su hijo han afectado a la economía en su familia/hogar?				0	1	2	3	4	5

ANEXO 04: CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CONOCIMIENTOS DE SALUD BUCAL DEL PADRE RESPONSABLE DEL CUIDADO DEL PREESCOLAR Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA SALUD BUCAL DEL NIÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades en la cavidad oral constituyen un problema de salud pública y ello afecta la calidad de vida del individuo, es decir, repercute en el desarrollo normal de su vida diaria, existiendo ciertos factores, no estrictamente biológicos, como las características sociales, demográficas y el nivel de conocimientos adquiridos en salud bucal que podrían influir en la instalación de alguna enfermedad en la cavidad bucal y a la vez creando hábitos incorrectos que irá adoptando un niño a través de su crecimiento.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Con esta investigación se tendrá mayor evidencia científica de aquellos factores sociodemográficos y los conocimientos en salud bucal de los padres responsables del cuidado de su hijo(a) en edad preescolar y cómo se asocia con la calidad de vida en relación a la salud bucal del menor, de esa manera logramos que el padre tome mayor consciencia de que la caries dental o alguna otra enfermedad bucal va a afectar en el diario vivir del niño, preocupándose más en la prevención y así el niño como sus padres gocen de una mejor calidad de vida.

PROCEDIMIENTOS:

Si usted participa en el estudio pasará a responder tres cuestionarios de manera escrita; el primer cuestionario consta de trece preguntas en el que se registrarán sus características sociodemográficas y los datos generales de su menor hijo(a); el segundo cuestionario se evaluará el nivel de conocimientos en salud bucal que usted tiene, responderá veinte preguntas con cuatro alternativas y usted seleccionará la más adecuada según su criterio; y por último el tercer cuestionario, el cual consta de trece preguntas cada una con cinco alternativas, el cual evaluará la percepción que usted tiene acerca de cómo ha afectado alguna enfermedad bucal de su menor hijo(a) o algún tratamiento odontológico en diferentes aspectos de la vida del niño y familia. El tiempo que le tomará para participar en el estudio será en una sola sesión, con un tiempo de veinte minutos aproximadamente.

COSTOS E INCENTIVOS:

No habrá ningún tipo de costo económico ni por otro tipo de medio por participar dentro del estudio, al finalizar la parte del llenado de los cuestionarios se le dará las gracias por haber colaborado y ser parte de nuestro estudio, otorgándole al final los resultados según la información que usted nos proporcione.

CONFIDENCIALIDAD:

El presente estudio será muy confidencial y mantendrá en anónimo sus alternativas marcadas dentro de los cuestionarios tanto como sus datos correspondientes.

PARTICIPACIÓN DURANTE EL LLENADO DEL CUESTIONARIO:

Se citará a los padres a una reunión en un ambiente brindado por el colegio para que responda los tres cuestionarios; si usted por algún motivo de emergencia tiene que salir del interrogatorio y no puede terminar con el llenado de los tres cuestionarios, nos brinda sus datos personales y puede coordinar con la investigadora para programar otra citación y así usted culmine respondiendo los cuestionarios, por el contrario si no pudiera de alguna forma poder culminar con el llenado, sus datos no se considerarían dentro del estudio.

DERECHO DEL ENCUESTADO:

Usted tiene el derecho a preguntar a la investigadora y que le responda si no comprende alguna pregunta o alternativa planteada en los cuestionarios.

Si hay alguna duda luego que haya leído este consentimiento informado, lo que debe hacer es ponerse en contacto con el investigador principal días antes de la citación que se programará para el llenado de los cuestionarios.

Nombres y Apellidos : Katherine Melissa Vargas Castañeda

Teléfono: 944606083

Correo electrónico: kmelivc@hotmail.com.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente, puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos o comunicarse al correo: ce.imt.unmsm@gmail.com

Si no participa no hay ningún perjuicio.

CONSENTIMIENTO:

Yo _____ con DNI _____ ,
responsable del cuidado de mi menor hijo(a) _____ ,
acepto participar de este proyecto de investigación sobre “**Factores sociodemográficos y conocimientos de salud bucal del padre responsable del cuidado del preescolar y su asociación con la calidad de vida relacionado a la salud bucal del niño**”,
realizado por la tesista de Odontología Katherine Melissa Vargas Castañeda ya que de esta manera se evalúen las características sociodemográficas y conocimientos en salud bucal de mi persona que afectarían la calidad de vida de mi menor hijo(a) , asimismo reafirmo la veracidad de mis respuestas en la encuesta brindada por parte de la tesista.



Huella digital

Padre y/o tutor

ANEXO 05 : PERMISO A LA INSTITUCION EDUCATIVA INICIAL



**FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA**
ACREDITADA INTERNACIONALMENTE
Universidad Nacional Mayor de San Marcos



Ref. Solicita autorización correspondiente para evaluación a los padres de estudiantes de Institución Educativa Inicial Estrellitas de Fátima.

Prof.

Mardely Rivas Peralta

Directora.

Institución Educativa Inicial 900 Estrellitas de Fátima.

Presente

Lima, Abril de 2019

Estimada Directora:

La saludo cordial y respetuosamente a usted, a través de la presente carta solicito a usted a dar autorización para la alumna Bachiller de la Escuela de Pregrado de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos: KATHERINE MELISSA VARGAS CASTAÑEDA con DNI 47112476, para acceder a sus instalaciones educativas en la cual usted dirige, con el fin de realizar evaluaciones escritas mediante cuestionarios dirigidos a los padres de familia de preescolares entre las edades de 3 a 5 años estudiantes del turno mañana y tarde y así conocer la asociación de los factores sociodemográficos y nivel de conocimientos de salud bucal; para posteriormente darles a conocer las medidas preventivas, reforzar conocimientos, cambiar hábitos incorrectos y explicar la importancia de mantener una adecuada salud bucal. De esa manera usted me permite tener la información que necesito para el Proyecto de Tesis a ejecutar titulado *“Factores sociodemográficos y conocimientos de salud bucal del padre responsable del cuidado del preescolar y su asociación con la calidad de vida relacionado a la salud bucal del niño”*. La permanencia y el horario del alumno en cuestión, será de común acuerdo con la Institución, permitiendo el aprendizaje para todos los involucrados.

En espera de una buena acogida y agradeciendo su atención y buena disposición, se despide atentamente.

KATHERINE MELISSA VARGAS CASTAÑEDA

Bachiller en Odontología.

**ANEXO 06: CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA
INSTITUCIONAL IMT “DAC” UNMSM.**




**Comité Institucional de Ética en Investigación
IMT “DAC” UNMSM**

**Constancia de Aprobación
CIEI-2019-005**

El Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto de Medicina Tropical “Daniel Alcides Carrión” de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos aprobó el .. de 14 de Agosto de 2019 la investigación “Factores sociodemográficos y conocimientos de salud bucal del padre responsable del cuidado del preescolar de estrato socioeconómico bajo y su asociación con la calidad de vida relacionado a la salud bucal del niño” a cargo de la investigadora principal Vargas Castañeda, Katherine Melissa, en los siguientes términos:

- Modalidad de revisión: revisión expedita.
- La presente aprobación del CIEI – IMT “DAC” UNMSM es por un año, del 14 de Agosto de 2019 al 14 de Agosto de 2020
- El protocolo de investigación sellado por el CIEI – IMT “DAC” se encuentra adjunto a la presente constancia de aprobación. Una versión electrónica es enviada también al correo del investigador principal: nreyesp@unmsm.edu.pe.

Lima, 14 de Agosto de 2019


Sofía González Collantes
Presidenta

ANEXO 07 : FOTOGRAFÍAS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE PADRES DE FAMILIA DE LA IE “ESTRELLITAS DE FÁTIMA” – CARABAYLLO

- Explicación del cuestionario a los padres de familia:





- Citación de los padres de familia para responder los cuestionarios:

